Santé Canada Health Canada

La série de documents de travail sur les politiques de santé

Immigration et santé

Documents de travail 01-05
septembre 2001

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé
Santé Canada

Cette publication est disponible sur support informatique, en gros caractères, sur cassette audio et en braille, sur demande.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Unité de communication de la recherche
sur les politiques
Téléphone : (613) 954-8559
Télécopieur : (613) 954-0813
ou par courriel à : RMDDinfo@hc-sc.gc.ca

La version électronique est disponible à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/pnrds/index.html

This document is also available in English under the title: *Immigration and Health*

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Les opinion exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues ou les politiques officielles de Santé Canada.

La Série de documents de travail de Santé Canada soutient la prise de décisions éclairées en mettant en évidence la recherche sur les politiques à Santé Canada et en la faisant connaître à un grand nombre d'analystes des politiques et de décideurs de Santé Canada, ainsi qu'aux partenaires du milieu de la recherche à l'extérieur du Ministère. La Série s'inscrit dans un vaste programme de communication de la recherche sur les politiques, qui comprend le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2001
N° de Cat. H13-5/01-5F
ISBN 0-662-86218-X

102-01113/

IMMIGRATION ET SANTÉ

Ilene Hyman
Centre for Research in Women's Health
Sunnybrook and Women's College
Health Sciences and University of Toronto

Biographie de l'auteur

Ilene Hyman, Ph. D. (santé publique), est chercheure au Centre for Research in Women's Health, à Sunnybrook et au Women's College Health Sciences. Elle est également professeure adjointe au Département de santé publique de l'Université de Toronto. Ses recherches de doctorat et de post-doctorat portaient principalement sur l'acculturation, l'étude des questions méthodologiques et l'exploration des mécanismes par lesquels l'acculturation influe sur l'état de santé et les comportements liés à la santé. Elle a récemment effectué une recension des écrits pour le compte du ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, visant à déterminer les mécanismes qui exercent l'influence la plus marquée sur les comportements des femmes face à la santé, en particulier les femmes immigrantes. Ses projets de recherche actuels portent notamment sur la santé mentale chez les immigrantes éthiopiennes et sur les obstacles au dépistage du cancer et aux services de santé préventifs chez les immigrantes à Toronto.

Abstract

The purpose of this report is to review research on the health and determinants of health of Canadian immigrants and to discuss the implications of this research for policy makers. Specific attention is placed on reviewing evidence of the healthy immigrant effect. The healthy immigrant effect refers to the observation that immigrants are often in superior health to the native-born population when they first arrive in a new country, but lose this health advantage over time.

The main health outcomes reviewed were Health Status (self-reported), Cancer, Heart Disease, Tuberculosis (TB), HIV/AIDS, Mental Health, Perinatal Health, Oral Health and Diabetes. For each health outcome, Canadian literature was identified to document the extent of the healthy immigrant effect as well as to identify the main determinants of the health outcome in Canada. Canadian literature on immigrants' health service utilization and health promotion was likewise identified. At times, this information was supplemented with information from major international research studies.

Most of the literature reviewed suggests that Canadian immigrants, particularly recent arrivals, enjoy many health advantages over long-term immigrants and the native-born population in terms of their overall health status and the prevalence of certain chronic diseases such as cancer and heart disease. Different patterns were observed in the occurrence of chronic versus infectious diseases. For example, unlike chronic diseases, most immigrants with infectious diseases, such as TB, experienced improvements in health status over time given appropriate treatment and follow-up. Mixed evidence was provided with respect to mental health. After an initial risk period, immigrant mental health improves over time and often persists into the second generation. Among the studies reviewed, several identified refugees, women and children as sub-groups with specific unmet (and under-researched) needs. Much of the literature reviewed suggests that determinants of health such as poverty and underemployment have a strong impact on health, particularly for immigrant women and children.

Contrary to popular belief, the literature did not indicate that immigrants over utilize health care services as a whole. Rather, similar patterns of health service utilization were observed in immigrants and non-immigrants. In addition, there was strong evidence for underutilization, particularly in the use of preventive and mental health services. Little Canadian research was devoted to the identification and evaluation of culturally appropriate systems of care (e.g. health care delivery models, institutional reforms, or the relevancy and applicability of commonly used theoretical models and health promotion strategies for use with immigrant populations).

The critical questions for policy makers as a result of these findings are:

1. What conditions (determinants of health) contribute to changes in the health status of immigrants over time, and

2. How can government programs and services help to maintain and promote the health status of immigrants over time?

With respect to the first question, since the health of immigrants is largely shaped by environment and living conditions, and may change in response to pressures associated with poverty, marginalization and class inequity, multisectoral approaches are needed. Findings highlight the critical role of social support in promoting and sustaining health and well-being, the need for public education and social legislation efforts to improve the image and value of immigrants in Canadian society, and for programs and policies that empower immigrant groups to develop and maintain their own ethno-specific institutions and health-promoting practices.

Regarding the second question, although the evidence that immigrants use health services (particularly mental and preventive health services) less than the Canadian-born population may be viewed as a positive finding, it may also reflect the inadequacy of present services in meeting these needs, rather than the superior health status of immigrants. Removing barriers to health services, improving communication between federal and provincial levels of government, and improving the appropriateness and comprehensiveness of services would help to ensure the continued good health of new immigrants.

Findings further suggest that a selective approach is called for to address the needs of immigrant sub-groups, which are most likely to experience socio-economic disadvantages and associated health problems; namely, refugees and women. Increased funding for specialized public health support is indicated, especially during the first five years.

Finally, many individuals in Canada rely on alternative providers, including religious and traditional practitioners, to manage their health problems. Although empirical evidence was limited, much of the research suggests that strengthening community-based resources and building communities' capacity to address health issues are very promising strategies.

While much of the evidence reviewed in this report supports the existence of a healthy immigrant effect in Canada with respect to chronic diseases, it was difficult to draw firm conclusions regarding this effect for many health outcomes and within most immigrant sub-groups. More research is needed to better answer questions about whether the health status of immigrants is improving, how health determinants change over time, and the effect of acculturation on health. It is recommended that steps be taken to strengthen existing databases, and to develop new databases on immigration and health in Canada.

Résumé

L'objet du présent rapport est de passer en revue les recherches effectuées sur la santé et les déterminants de la santé chez les immigrants canadiens et d'examiner les répercussions de ces travaux pour les décideurs. Une attention particulière est apportée aux éléments de preuve corroborant l'hypothèse de l'« effet de l'immigrant en bonne santé ». La notion d'effet de l'immigrant en bonne santé découle de l'observation selon laquelle les immigrants, à leur arrivée dans leur pays d'accueil, sont souvent en meilleure santé que les natifs de celui-ci, mais perdent cet avantage avec le temps.

Les principaux résultats pour la santé examinés sont l'état de santé (auto-déclaré), le cancer, les cardiopathies, la tuberculose, le VIH/sida, la santé mentale, la santé périnatale, la santé bucco-dentaire et le diabète. Pour chaque catégorie, on a passé en revue les publications canadiennes afin de documenter l'existence éventuelle de l'effet de l'immigrant en bonne santé et de répertorier les principaux déterminants des résultats pour la santé au Canada. De même, on a effectué un relevé des publications canadiennes sur l'utilisation des services de santé (USS) par les immigrants et sur la promotion de la santé. Parfois, cette information a été complétée par des données provenant d'études internationales majeures.

Il ressort de la majorité des publications recensées que les immigrants canadiens, en particulier ceux qui sont arrivés récemment, se portent mieux que les immigrants de longue date et les Canadiens de naissance sur le plan de l'état de santé général et de la prévalence de certaines maladies chroniques comme le cancer et les cardiopathies. Au chapitre des maladies infectieuses, on observe des tendances différentes. Ainsi, contrairement à ce qui se produit pour les maladies chroniques, la plupart des immigrants souffrant d'une maladie infectieuse, par exemple la tuberculose, voient leur état de santé s'améliorer progressivement s'ils bénéficient d'un traitement et d'un suivi appropriés. Les résultats obtenus en matière de santé mentale sont contradictoires. Après une période de risque initiale, la santé mentale des immigrants s'améliore avec le temps, amélioration qui persiste souvent chez la deuxième génération. Plusieurs des études répertoriées indiquent que des sous-groupes comme les réfugiés, les femmes et les enfants, ont des besoins particuliers non comblés (besoins qui ne font que rarement l'objet de recherches). Dans l'ensemble, il ressort de la recension documentaire que les déterminants de la santé comme la pauvreté et le sous-emploi ont un impact considérable sur la santé, en particulier chez les femmes et les enfants.

Contrairement à une opinion très répandue, aucun élément de preuve n'établit que les immigrants surutilisent les services de soins de santé dans leur ensemble. On observe plutôt des profils semblables en matière d'utilisation des soins de santé chez les immigrants et les non-immigrants. Il y a par ailleurs une sous-utilisation très nette dans le cas des services préventifs et de santé mentale. Au Canada, on a effectué peu de recherches visant à répertorier et à évaluer des systèmes de soins adaptés à la réalité culturelle (p.ex., modèles de prestation de soins de santé, réformes institutionnelles, ou pertinence et applicabilité des modèles théoriques couramment utilisés et des stratégies de promotion de la santé pour les populations immigrantes).

Les questions primordiales découlant des présentes observations, pour les décideurs, sont les suivantes :

1. Quelles sont les conditions (déterminants de la santé) qui contribuent aux changements dans l'état de santé des immigrants au fil du temps?

2. Comment les services et les programmes gouvernementaux peuvent-ils contribuer à maintenir et à promouvoir l'état de santé des immigrants avec le temps?

En ce qui concerne la première question, compte tenu du fait que la santé des immigrants est étroitement tributaire de leur environnement et de leurs conditions de vie et qu'elle peut changer en réponse aux pressions associées à la pauvreté, à la marginalisation et aux inégalités sociales, l'adoption d'approches multisectorielles s'impose. Les résultats des études mettent en lumière le rôle fondamental du soutien social dans la promotion et le maintien de la santé et du bien-être, ainsi que la nécessité de déployer des efforts d'éducation du public et de législation sociale dans le but de rehausser l'image et l'importance des immigrants dans la société canadienne. Il faut également élaborer des programmes et des politiques de nature à donner aux groupes d'immigrants les pouvoirs et les moyens de développer et de conserver leurs propres institutions adaptées à leur culture et leurs habitudes d'hygiène personnelle.

Quant à la deuxième question, si le fait que les immigrants utilisent moins les services de santé (notamment les services de santé mentale et de prévention) que la population canadienne de naissance peut être considéré comme une bonne nouvelle, on peut néanmoins se demander si cette situation ne serait pas attribuable à l'incapacité des services actuels de répondre aux besoins des immigrants, et non à la meilleure santé de ces derniers. En levant les obstacles à l'accès aux services et en améliorant la communication entre les ordres fédéral et provincial de gouvernement ainsi que le caractère approprié et exhaustif des services offerts, on contribuerait à assurer le maintien en bonne santé des nouveaux immigrants.

Les études recensées montrent également qu'une approche sélective doit être utilisée pour répondre aux besoins des sous-groupes d'immigrants qui risquent davantage de souffrir de la pauvreté et de problèmes de santé connexes, à savoir les réfugiés et les femmes. Il serait souhaitable d'accroître le financement accordé à des services spécialisés de soutien de la santé publique, notamment durant les cinq premières années.

Enfin, de nombreuses personnes au Canada font appel à des praticiens de médecine parallèle, y compris des guérisseurs religieux et traditionnels, pour traiter leurs problèmes de santé. Si les preuves empiriques sont limitées, il ressort cependant de la plupart des travaux que le renforcement des ressources communautaires et la valorisation des capacités des collectivités à s'attaquer aux problèmes de santé constituent des stratégies très prometteuses.

Si la plupart des études recensées dans le présent rapport corroborent l'hypothèse de l'existence d'un effet de l'immigrant en bonne santé au Canada en ce qui concerne les maladies chroniques, il est difficile de tirer des conclusions définitives concernant cet effet pour de nombreux autres résultats pour la santé et pour la plupart des sous-groupes d'immigrants. Des recherches additionnelles s'imposent pour permettre d'établir de manière plus précise si l'état de santé des immigrants s'améliore, dans quelle mesure les déterminants de la santé évoluent au fil du temps et quel est l'effet exercé par l'acculturation sur la santé. On recommande de prendre les mesures voulues pour renforcer les bases de données existantes et pour en élaborer de nouvelles sur l'immigration et la santé au Canada.

Table des matières

Introduction 1

Tendances récentes de l'immigration canadienne 3

Objectifs 4

Méthodologie 5

- Portée de la recension des écrits 5
- Processus de consultation 5

Résultats 7

- Vue d'ensemble des principaux types d'études sur la migration 7
  - Études sur les migrants 7
  - Enquêtes sur la santé de la population 8
  - Études générationnelles 9
  - Autres approches de recherche 9
- Recension des écrits - effet de l'immigrant en bonne santé au Canada 10
  - État de santé 11
  - Cancer 17
  - Cardiopathies 21
  - Tuberculose 25
  - VIH/sida 29
  - Santé mentale 34
  - Santé périnatale 42
  - Santé bucco-dentaire 47
  - Diabète 48
- L'acculturation et l'effet de l'immigrant en bonne santé 49
- Utilisation des services de santé 55

Répercussions sur les politiques et orientations futures de la recherche 66

- Éléments de preuve 66
- Répercussions sur les politiques 67
- Recherches futures 69

Annexe 1 : Notes biographiques – Membres de l'équipe de recherche 71

Annexe 2 : Description des établissements partenaires 73

Glossaire 74

Références 79

Introduction

L'objet du présent rapport est de passer en revue les recherches effectuées sur la santé et les déterminants de la santé des immigrants canadiens et d'examiner les répercussions de ces travaux pour les décideurs. Une attention particulière est apportée aux éléments de preuve corroborant l'hypothèse de l'« effet de l'immigrant en bonne santé ».

La notion d'effet de l'immigrant en bonne santé découle de l'observation selon laquelle les immigrants, à leur arrivée dans leur pays d'accueil, sont souvent en meilleure santé que les natifs de celui-ci, mais perdent cet avantage avec le temps. Deux processus expliqueraient cet effet :

1. un processus d'auto-sélection qui, fondamentalement, inclut les individus qui peuvent et souhaitent partir et écarte ceux qui sont malades, qui souffrent d'incapacités ou qui vivent dans un établissement;

2. un processus d'immigration qui sélectionne les « meilleurs » immigrants sur la base du niveau d'études, de la connaissance de la langue et des compétences professionnelles, caractéristiques qui facilitent l'intégration sociale et économique et qui vont de pair avec un mode de vie sain.

Au Canada, les données des enquêtes nationales sur la santé montrent que les immigrants de fraîche date, particulièrement ceux qui viennent de pays non européens, sont en meilleure santé que leurs homologues nés au Canada. Cependant, chez les immigrants qui vivent au Canada depuis plus de 10 ans, les affections et les incapacités chroniques sont aussi répandues que dans la population canadienne de naissance (Chen et coll., 1996a, b).

La présente étude s'appuie sur le Rapport Kinnon de 1999, préparé à la demande de Santé Canada, qui donne un aperçu de la recherche canadienne sur les questions liées à l'immigration et à la santé. Le Rapport Kinnon recense plusieurs études qui établissent l'existence au Canada de l'effet de l'immigrant en bonne santé observé dans d'autres pays. Cependant, parmi ces études, rares sont celles qui examinent l'évolution dans le temps de certains indicateurs de la santé particuliers ou qui tentent d'expliquer *pourquoi* se produisent des changements dans l'état de santé. De même, dans le rapport susmentionné, les profils d'utilisation des services de santé (USS) au fil du temps et leur lien éventuel avec des facteurs tels que l'évolution de l'état de santé n'ont pas été pris en considération.

Le modèle de la santé de la population proposé par Santé Canada sert de cadre au présent examen. En vertu de ce modèle, de nombreux déterminants généraux, notamment le sexe, le revenu et le statut social, l'emploi et les conditions de travail, les habitudes d'hygiène, les milieux social et physique et la culture, influent sur la santé des Canadiens.

L'acculturation, c'est-à-dire le processus d'intégration de nouvelles valeurs et attitudes et de nouveaux comportements, fournit un cadre additionnel pour comprendre la relation entre la migration et les changements sur le plan de la santé consécutifs à la migration. En vertu de ce cadre, l'acculturation influence indirectement l'état de santé par le biais des comportements face à la santé et de changements qui surviennent au niveau du soutien social et du stress (Zambrana et coll., 1997; Hull, 1979).

Si certaines études tentent d'expliquer l'USS selon l'état de santé (besoin), le modèle classique de l'USS proposé par Andersen et Newman (1973) définit d'autres déterminants de l'utilisation des services de santé plus larges et interreliés, à savoir les facteurs prédisposants et les facteurs habilitants. Ce modèle a été utilisé pour répertorier les facteurs associés à l'USS par les immigrants.

Enfin, compte tenu de l'incidence majeure de l'organisation des services de santé et des approches pour la prestation de ces services sur les profils d'USS par les immigrants, nous examinons les systèmes de soins canadiens (p.ex., modèles de prestation de soins de santé, réformes institutionnelles et stratégies de promotion de la santé) et relevons les lacunes sur le plan de la recherche à cet égard.

Tendances récentes de l'immigration canadienne

Depuis la Deuxième Guerre mondiale, quelque 7,8 millions d'immigrants (près de 150 000 par an) sont arrivés au Canada (Citoyenneté et Immigration Canada, 1998). Depuis 1990, le Canada accueille environ 230 000 immigrants par an, soit environ 0,7 % de la population canadienne (Kessel, 1998). En 1996, près de 5 millions d'habitants, soit 17,4 % de la population canadienne, étaient nés à l'étranger (Kinnon, 1999). D'après les estimations, « Au Canada, un enfant sur cinq est un immigrant ou l'enfant de parents immigrants » (Kinnon, 1999, 6).

La composition ethnique des immigrants au Canada a connu des modifications spectaculaires depuis les années 50. Alors qu'en 1957, les 10 premiers pays sources d'immigrants étaient européens, en 1997, huit des 10 premiers pays sources étaient non européens (Kessel, 1998). En 1999, les trois premières régions d'origine des immigrants étaient l'Asie et le Pacifique (51 %), l'Europe et le Royaume-Uni (21 %) et l'Afrique et le Moyen-Orient (18 %). En outre, quelque 30 % des immigrants provenaient de Chine, des Philippines, de Corée, de Taïwan et de Hong Kong, et environ 15 % de l'Inde, du Pakistan et du Sri Lanka (Citoyenneté et Immigration Canada, 1999).

La plupart des immigrants au Canada s'établissent dans les centres urbains. Ils sont environ 55 % à résider dans les trois plus grandes zones urbaines au Canada, soit Toronto, Vancouver et Montréal. La proportion des résidents nés à l'étranger est de 38 % à Toronto, de 30 % à Vancouver et de 20 % à Montréal. Quatre-vingts pour cent des immigrants vivent dans des villes de plus de 250 000 habitants (Kessel, 1998). Les immigrants de fraîche date (moins de 5 ans) s'établissent dans une proportion importante dans les grands centres urbains comme Montréal (13 %), Toronto (42 %) et Vancouver (18 %), où ils représentent jusqu'à 10 % de la population (Statistique Canada, 2001).

Il existe plusieurs catégories d'immigrants au Canada, selon les raisons pour lesquelles ils immigrent : la catégorie des immigrants indépendants (ouvriers spécialisés ou gens d'affaires), la catégorie de la famille, les réfugiés et la catégorie « autres » (aidants naturels, retraités, etc.). Parfois, ces catégories sont confondues, par exemple dans le cas de la réunification d'une famille de réfugiés. En 1999, 56 % des immigrants appartenaient à la catégorie des immigrants indépendants, 29 % à celle de la famille, 13 % aux réfugiés et 3 % à la catégorie « autres » (Citoyenneté et Immigration Canada, 2000). Les cinq pays d'où sont venus le plus grand nombre de réfugiés en 1999 étaient la Bosnie-Herzégovine, le Sri Lanka, l'Afghanistan, l'Iran et la Somalie (Citoyenneté et Immigration Canada, 2000).

Objectifs

Les objectifs du présent rapport sont les suivants :

1. faire le point sur les résultats des recherches sur l'effet de l'immigrant en bonne santé au Canada, y compris sur le changement dans le temps de certains indicateurs de la santé particuliers;
2. répertorier les déterminants des *changements* de l'état de santé des immigrants au fil du temps;
3. examiner les schémas de l'USS par les immigrants;
4. recenser les facteurs associés à l'USS par les immigrants;
5. trouver les lacunes au niveau de la recherche;
6. déterminer les répercussions sur les politiques et les orientations futures de la recherche.

Méthodologie

Les quatre premiers objectifs ont été atteints par le biais d'une recension des écrits. Les objectifs 5 et 6 ont été atteints au moyen d'un processus de consultation mené auprès des membres de l'équipe de recherche (annexe I).

Portée de la recension des écrits

Les principaux aspects visés par la recension des écrits étaient les suivants :

- immigration et résultats pour la santé;
- acculturation et changements de comportement face à la santé;
- acculturation et changements au niveau du soutien social et du stress;
- immigration et USS, y compris le recours aux services de santé non traditionnels et les questions liées à l'organisation des services de santé.

Pour faire le point sur les résultats des recherches sur l'effet de l'immigrant en bonne santé au Canada, on a choisi de s'intéresser, au titre des résultats pour la santé, aux principales catégories de maladies chroniques et infectieuses pour lesquelles les données sur les immigrants étaient disponibles, à savoir l'état de santé (déclaré par le répondant), le cancer, les cardiopathies, la tuberculose, le VIH/sida, la santé mentale, la santé périnatale, la santé bucco-dentaire et le diabète.

Pour chaque catégorie, on a passé en revue les publications canadiennes afin de documenter l'existence éventuelle de l'effet de l'immigrant en bonne santé ainsi que pour répertorier les principaux déterminants (c'est-à-dire facteurs explicatifs) des résultats pour la santé au Canada. De même, on a effectué un relevé des publications canadiennes sur l'USS par les immigrants et sur la promotion de la santé. Parfois, cette information a été complétée par des données provenant d'études internationales majeures.

Processus de consultation

Les membres de l'équipe de recherche ont été mis à contribution au cours des différentes phases de l'étude. Dans la première phase, chaque membre de l'équipe a formulé ses commentaires sur le projet de recherche. Par la suite, on a fait le point régulièrement par voie électronique. Après la communication aux membres de la première ébauche du rapport final, deux réunions ont été organisées et des consultations individuelles se sont déroulées en vue de recenser les principales omissions dans la recension des écrits, d'éclaircir toute confusion ou incohérence des résultats dans le texte et de débattre des lacunes au niveau de la recherche.

La section sur les répercussions sur les politiques et sur les orientations futures de la recherche a été préparée en consultation avec les membres de l'équipe. Elle porte principalement sur deux questions clés :

1. **Quelles sont les conditions (déterminants) qui contribuent aux changements de l'état de santé des immigrants au fil du temps?**

2. **Comment les services et les programmes gouvernementaux peuvent-ils aider les immigrants à rester en bonne santé?**

Résultats

La présente section commence par une vue d'ensemble des principaux types d'études sur les migrations qui contribuent à corroborer l'effet de l'immigrant en bonne santé ainsi que des qualités et des limites de chaque type d'étude. Ensuite, nous présentons les résultats de la recension des écrits relativement à certains résultats pour la santé retenus. Pour chaque résultat, nous exposons les preuves d'un changement dans le temps, les déterminants du changement et les lacunes de la recherche. Nous présentons ensuite une recension des publications sur l'acculturation et les mécanismes par lesquels ce phénomène exerce une influence sur l'état de santé des immigrants. Enfin, nous passons en revue les publications sur les profils d'USS par les immigrants au fil du temps et sur les facteurs associés à l'utilisation des services de santé, en indiquant les lacunes répertoriées sur le plan de la recherche.

Vue d'ensemble des principaux types d'études sur la migration

Les principaux types d'études recensés dans les écrits qui corroborent l'existence d'un effet de l'immigrant en bonne santé sont les études sur les migrants, les enquêtes sur la santé de la population (généralement transversales) et les études transgénérationnelles. Chaque type d'étude est examiné. Dans la dernière section, nous évoquons brièvement d'autres types d'approches de recherche qui ont été utilisés pour apporter de nouvelles connaissances sur la santé des immigrants.

Études sur les migrants

La plupart des études sur la santé des immigrants décrivent des profils sur le plan de la santé sans les mettre en relation avec ceux du pays d'origine. Pour déterminer si l'immigration a une incidence sur la santé des migrants, il importe de comparer les indicateurs de la santé chez les immigrants, chez les résidents du pays de destination et chez les résidents du pays d'origine. Les études sur les migrants utilisent des méthodes épidémiologiques pour examiner trois groupes différents : natifs du pays d'origine (PO), migrants (M) et natifs du pays d'adoption (PA). D'après le modèle implicite dans ces études, si le changement d'environnement explique la différence observée sur le plan des taux des indicateurs de la santé, on pourrait s'attendre à ce que les taux observés chez les PO diffèrent des taux chez les M et que les taux chez les M soient comparables aux taux chez les PA. Ainsi, on invoque souvent le changement d'environnement (p.ex., tabagisme et consommation de matières grasses) pour expliquer pourquoi les taux de cancer du côlon chez les migrants japonais aux États-Unis sont plus élevés que ceux enregistrés au Japon et se rapprochent, en fait, des chiffres américains. Si les facteurs génétiques jouaient un rôle primordial, les taux chez les PO et les M seraient équivalents et différeraient des taux chez les PA (Lilienfeld et Lilienfeld, 1980). Ainsi, la persistance des faibles taux de cancer du sein chez les femmes japonaises migrantes comparativement aux femmes nées aux États-Unis est souvent imputée à des facteurs génétiques.

Si l'évaluation de l'importance relative de la nature et de la culture dans le développement des maladies présente un certain intérêt, plusieurs limites ont été répertoriées dans le cas des études sur les migrants (Kasl et Berkman, 1983; Yu et Liu, 1991; Kliewer, 1992; Friis et coll., 1998).

- Les variations d'un pays à l'autre du mode de consignation des causes de décès peuvent contribuer à engendrer des différences de taux de mortalité.
- En raison des effets de la sélection, les immigrants ne sont pas nécessairement représentatifs de la population générale de leur pays d'origine.
- Les immigrants ne présentent pas des caractéristiques homogènes sur le plan du type et de la période de migration. Ainsi, les immigrants volontaires sont probablement en meilleure santé que les immigrants involontaires et les immigrants plus récents peuvent avoir des caractéristiques sociales, démographiques et des niveaux d'instruction différents de ceux des immigrants de plus longue date.
- La taille de l'échantillon doit être adéquate pour permettre les analyses multivariées.
- Une maladie peut n'être que partiellement influencée par les facteurs génétiques.
- Une exposition antérieure dans le pays d'origine peut conférer une *immunité* durable.
- Les immigrants peuvent ne pas être exposés (pour une raison quelconque) au risque environnemental auquel les natifs du pays hôte sont exposés.

De surcroît, ces études, qui analysent pour la plupart les données recueillies en un seul point donné dans le temps, tiennent pour acquis que l'expérience de la migration et du réétablissement n'a pas d'effet négatif. En conséquence, de nombreux chercheurs s'intéressent maintenant au processus de migration et d'acculturation pour élaborer un pont conceptuel permettant de comprendre la relation entre migration et changement de l'état de santé.

Enquêtes sur la santé de la population

Souvent, les pays ont recours aux enquêtes sur la population pour recueillir de l'information sur la santé et l'USS. Un des avantages de ce type d'enquête dans la recherche sur les migrations est qu'il permet d'obtenir des renseignements sur les résultats pour la santé aussi bien que sur les déterminants de la santé. Le défaut principal de ces enquêtes est qu'elles sont souvent transversales et ne peuvent être utilisées pour suivre les changements dans le temps. Le recours à l'auto-déclaration permet de recueillir de l'information sur les croyances et les attitudes des gens envers la santé, mais réduit aussi la fiabilité des données recueillies, car la vérification est impossible. D'autres caractéristiques peuvent limiter l'utilité des enquêtes sur la population lorsqu'on souhaite examiner les changements sur le plan de la santé des immigrants au fil du temps, notamment les suivantes :

- Les immigrants ne sont pas nécessairement un groupe homogène et il n'est pas toujours possible d'analyser les données par sous-groupe d'immigrants (p.ex.,en fonction du pays de naissance) à cause de leur faible nombre. De plus, il est généralement impossible de comparer l'état de santé des immigrants et celui des réfugiés.
- L'information sur la durée du séjour n'est pas toujours recueillie. Le cas échéant, les différences sur le plan de l'état de santé selon la durée du séjour peuvent s'expliquer soit

par des changements dans les pays d'origine des immigrants, soit par une réduction de l'effet de l'immigrant en bonne santé.

- Les facteurs culturels et l'utilisation de répondants de substitution peuvent avoir une influence sur la déclaration des problèmes de santé.
- Les enquêtes utilisent souvent des échelles et des mesures élaborées pour des populations majoritaires, dont l'équivalence d'une culture à l'autre n'a pas nécessairement été évaluée pour les populations immigrantes ou les autres groupes ethnoculturels (p.ex., impression de cohérence, mesures d'ordre alimentaires).
- Les facteurs linguistiques et culturels peuvent influer sur les taux de réponse (p.ex., rares sont les enquêtes nationales effectuées dans des langues autres que les langues officielles du pays hôte).

(Chen et coll., 1996a; Wen et coll., 1996; Kliewer et Jones, 1997; Laroche, 2000; Parakulam et coll., 1992).

Études transgénérationnelles

Les études transgénérationnelles servent à comparer les résultats pour la santé des membres d'un groupe ethnique nés à l'étranger et nés dans le pays d'accueil. Un des principaux avantages de ce type d'étude est qu'il permet d'observer les *changements* en fonction de la durée du séjour dans un pays. Les limites de ce type de méthodologie sont essentiellement les mêmes que celles des études sur les migrants. D'autres limites ont trait aux sources des données utilisées pour faire ces comparaisons. Ainsi, les bases de données démographiques ne contiennent généralement que des renseignements limités sur les caractéristiques des immigrants. Étant donné que les obstacles géographiques, linguistiques, culturels et financiers déterminent qui peut accéder aux services, les bases de données cliniques sont touchées par les biais liés à la catégorie d'individus pouvant utiliser les services.

Autres approches de recherche

Certaines des difficultés répertoriées dans la conduite de recherches sur la santé des migrants ont été levées en utilisant d'autres types de plans et de méthodologies de recherche.

Les études longitudinales ont été utilisées pour fournir de nombreux renseignements sur l'état de santé et les déterminants de la santé des immigrants en fonction du temps. Ainsi, l'Étude longitudinale sur les immigrants en Australie (LSIA) a suivi quelque 2 300 immigrants et réfugiés âgés de 15 ans ou plus sur une période de cinq ans, pendant laquelle chaque répondant a subi trois entrevues. On a recueilli des renseignements détaillés sur leur état de santé physique et mental, leur utilisation des services et leurs caractéristiques démographiques, sociales et économiques, et on a pu faire des analyses selon leur pays de naissance, leur connaissance de l'anglais et leur statut relativement à l'immigration (Kliewer et Jones, 1997).

L'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) se propose de recueillir des renseignements exhaustifs sur les caractéristiques socio-démographiques et le réétablissement de quelque 18 000 immigrants, six mois, deux ans et quatre ans après leur arrivée au Canada. Elle recueillera également certaines données sur la santé (p.ex.,santé mentale, physique et bucco-dentaire, accès aux services de santé, perception du système de soins de santé,

utilisation d'approches médicales non traditionnelles, etc., mais pas les comportements face à la santé ni les pratiques de dépistage) (Statistique Canada, 2001).

Les études longitudinales sont très coûteuses, car elles exigent un suivi étroit des répondants pour ne pas perdre le contact. La traduction des documents et la réalisation d'entrevues dans des langues autres que l'anglais augmentent également les coûts.

Les recherches au sein de communautés d'immigrants peuvent également être utilisées pour étudier les besoins et les problèmes de santé de certains groupes d'immigrants particuliers. Ainsi, l'étude intitulée *Pathways and Barriers to Health Care for Ethiopians in Toronto* visait à examiner la santé mentale et les comportements quant à la recherche d'aide des immigrants éthiopiens à Toronto (Hyman et Noh, CP[1]). Toutefois, il faut garder à l'esprit que la plupart des communautés d'immigrants ne fournissent pas un cadre d'échantillonnage représentatif; les résultats des études ne peuvent donc pas toujours être généralisés à l'ensemble de la communauté.

Enfin, on réalise de plus en plus les avantages des études faisant appel à plusieurs méthodes, tant quantitatives que qualitatives, pour la collecte des données. On utilise ces types d'études pour documenter l'étendue d'un problème de santé au sein d'une communauté d'immigrants et pour faire progresser la connaissance et la compréhension de l'état de santé et des comportements face à la santé au sein de groupes d'immigrants d'une catégorie ethnique donnée.

Recension des écrits – effet de l'immigrant en bonne santé au Canada

Dans la présente section, nous examinons les preuves de l'existence d'un effet de l'immigrant en bonne santé au Canada pour certains paramètres de santé donnés : état de santé, cancer, cardiopathies, tuberculose, VIH/sida, santé mentale, santé périnatale, santé bucco-dentaire et diabète. Nous décrivons les études canadiennes et internationales qui rapportent tant l'état de santé que l'observation éventuelle de changements de chaque paramètre chez les immigrants; ensuite, nous examinons la preuve concernant les déterminants de chaque résultat pour la santé et résumons les principales lacunes de la recherche.

Les recommandations particulières en matière de politiques découlant de ces résultats sont abordées dans la section « Répercussions sur les politiques et orientations futures de la recherche » du présent rapport.

---

1 CP = chercheur principal, résultats à paraître.

État de santé

Introduction

La présente section examine les résultats d'études canadiennes et internationales choisies qui analysent les données sur l'état de santé auto-déclaré, recueillies principalement au moyen des enquêtes sur la santé de la population. Ces études illustrent l'effet de l'immigrant en bonne santé en présentant des données tant sur l'état de santé des immigrants que sur les changements de leur état de santé au cours du temps. Certains des principaux déterminants de l'état de santé des immigrants sont ensuite décrits à l'aide du modèle de la santé de la population de Santé Canada.

Recherches canadiennes

Les principales sources de données utilisées pour examiner l'état de santé des immigrants sont l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), l'Enquête sur la santé en Ontario (ESO), Santé Québec (Enquête sur la santé au Québec – ESQ) et l'Enquête sociale générale (ESG).

Chen et coll. (1996a) ont utilisé l'ENSP de 1994–1995 pour comparer l'état de santé déclaré par les répondants (p.ex., affections chroniques, incapacités et dépendance reliée à la santé) et les comportements liés à la santé (p.ex.,tabagisme et activité physique durant les loisirs) chez les immigrants et les Canadiens de naissance. Leurs observations semblent indiquer que les immigrants (en particulier les immigrants de fraîche date de pays non européens autres que ceux d'où proviennent traditionnellement les immigrants) sont en meilleure santé que les individus nés au Canada. Ces observations rejoignent celles de l'étude de Chen et coll. (1996b) basée sur les données du recensement (1986 et 1991), sur les données de l'état civil (1985–1987 et 1990–1992) et sur les données de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités (1986–1987 et 1991).

Chen et coll. (1996a) ont également utilisé cette base de données pour tenter de déterminer si les résultats pour la santé variaient selon la durée du séjour des immigrants au Canada. Leurs observations indiquent que la prévalence des affections chroniques, des incapacités et du tabagisme chez les immigrants récents (moins de 10 ans au Canada) est inférieure à celle des immigrants de longue date (plus de 10 ans au Canada), ce qui indiquerait que l'avantage des immigrants au Canada sur le plan de la santé s'amoindrirait avec le temps.

Cousineau (1991) a examiné les données de l'Enquête sur la santé au Québec de 1987 et n'a observé aucune différence générale dans l'état de santé (mesuré par la méthode « ridit ») entre les immigrants et les Québécois de naissance. Toutefois, les immigrants récents (arrivés entre 1980 et 1987) obtiennent des résultats en matière d'état de santé significativement supérieurs au groupe québécois de naissance .

À partir de données plus anciennes extraites de l'ESG de 1985, Parakulam et coll. (1992) ont conclu que les immigrants étaient en bien meilleure santé que les Canadiens de naissance. Une autre observation intéressante est que, quel que soit le pays de naissance, les hommes affirment généralement être en meilleure santé que les femmes, en dépit de la longévité supérieure de celles-ci. Selon l'hypothèse des auteurs, ce phénomène tient probablement à des facteurs génétiques, professionnels et psychologiques. Ainsi, il est possible que les femmes

déclarent plus souvent une maladie parce qu'elles sont plus familières avec les problèmes de santé et ont davantage de contacts avec le système de santé que les hommes. En revanche, les hommes peuvent affirmer être en meilleure santé pour se conformer aux modèles machistes socialement acceptés de force et de pouvoir masculins.

Les conclusions tirées par Dunn et Dyck (2000) de leur analyse des données de l'ENSP de 1994–1995 diffèrent de celles de Chen et coll. (1996a). Ils observent que les immigrants sont plus nombreux que les non-immigrants à déclarer un mauvais état de santé, mais font moins souvent état de besoins non comblés en matière de soins médicaux. Leurs observations pourraient s'expliquer en partie par le fait que l'âge est associé à un moins bon état de santé dans la population immigrante, comme c'est le cas chez les Canadiens plus âgés en général. Parmi les immigrants, ceux d'origine européenne et les immigrants de longue date (plus de 10 ans) indiquent plus souvent avoir un état de santé moyen ou médiocre que les immigrants récents d'origine non européenne.

À partir des données des ESG de 1985 et 1991, Laroche (2000) n'a observé aucune différence significative entre l'état de santé des immigrants et celui des Canadiens de naissance, ni de changement dans l'état de santé auto-déclaré au cours du temps. Comparativement aux Canadiens, les immigrants nés en Europe ou en Asie souffrent moins de limitations de longue durée de leurs activités.

Recherches internationales

L'existence d'un effet de l'immigrant en bonne santé a été corroborée dans d'autres pays, plus particulièrement aux États-Unis (Stephen et coll., 1994) et en Australie (Donovan et coll., 1992). L'analyse des statistiques de l'état civil aux États-Unis a montré que, pour pratiquement chaque indicateur de l'état de santé et pour chaque caractéristique socio-démographique, les immigrants récents (moins de 10 ans) étaient en meilleure santé que les immigrants de longue date (plus de 10 ans) et que la population américaine de naissance. Il convient de souligner notamment que les écarts sur le plan des résultats pour la santé étaient plus prononcés entre les immigrants récents et ceux de longue date qu'entre les immigrants de longue date et la population américaine de naissance.

L'étude longitudinale australienne sur les immigrants a permis de recueillir des données sur quatre éléments : santé auto-évaluée, santé mentale, prévalence des affections chroniques et utilisation des services médicaux 6 et 18 mois après l'arrivée (Kliewer et Jones, 1998). Cette source de données particulière a permis aux chercheurs d'examiner les changements d'état de santé au sein de différents sous-groupes d'immigrants. La connaissance de l'anglais, le fait d'avoir un emploi, d'utiliser ses qualifications dans ses activités professionnelles et d'être satisfait de son travail et de la vie en Australie sont autant d'éléments qui étaient associés à de meilleurs scores pour les quatre paramètres utilisés. En outre, les immigrants détenteurs d'un visa octroyé pour des raisons humanitaires constituaient la catégorie ayant le plus mauvais état de santé, tandis que les détenteurs d'un visa d'entrepreneur ou de professionnel embauché par un employeur formaient la catégorie en meilleure santé.

Déterminants de l'état de santé

Selon le modèle de la santé de la population proposé par Santé Canada, de nombreux déterminants généraux, notamment le sexe, la scolarité, le revenu et le statut social, l'emploi et les conditions de travail, les comportements face à la santé, les habitudes d'hygiène personnelle et la culture, influent sur la santé des Canadiens.

Dunn et Dyck (2000) ont utilisé l'ENSP de 1994–1995 pour étudier l'effet des déterminants sociaux de la santé, particulièrement les facteurs sociaux et économiques, sur la population immigrante du Canada. Si les chercheurs n'ont trouvé aucun schéma cohérent d'association entre les caractéristiques socio-économiques et l'état de santé, ils n'ont cependant pu écarter l'influence importante des facteurs socio-économiques sur l'état de santé. Les résultats des modèles de régression logistique indiquent plutôt que les facteurs socio-économiques sont plus importants pour les immigrants que pour les non-immigrants et qu'il n'existe aucune explication simple de la complexité des expériences des immigrants.

Laroche (2000) observe que les immigrants et les Canadiens de naissance de sexe féminin, à faible revenu ou qui n'ont pas fait d'études secondaires sont plus nombreux à souffrir d'incapacités à long terme que les hommes dont le revenu du ménage ou le niveau de scolarité est élevé.

D'après une étude sur les Canadiens d'origine coréenne, les ressources sociales et psychologiques jouent un rôle important dans l'adaptation des immigrants et sont des variables prédictives importantes des résultats pour la santé (Noh et Avison, 1996). Les observations tirées par Renaud et coll. (2001) de leur étude longitudinale sur les immigrants à Montréal mettent en lumière le rôle important des voisins dans le soutien social. L'étude révèle également que chez les immigrants de la catégorie économique, les niveaux de satisfaction à l'égard du soutien social sont plus élevés que dans les catégories de la famille et des réfugiés.

Noh et coll. (1999) ont également exploré l'effet de la discrimination sur la santé à l'aide des données du Projet de réinstallation des réfugiés (PRR) (décrit plus amplement à la section « Santé mentale »). Ils ont observé que les taux de dépression étaient plus élevés chez les réfugiés de l'Asie du Sud-Est qui déclaraient avoir été victimes de discrimination raciale que chez ceux qui ne l'avaient pas été.

À l'extérieur du Canada, Stephen et coll. (1994) ont examiné le rôle des facteurs environnementaux sur les changements d'état de santé des immigrants. Selon eux, les immigrants pourraient posséder, ou avoir acquis, des caractéristiques physiques ou des comportements qui les exposent à un risque dans leur nouvel environnement. Autrement dit, soit les immigrants récents sont intrinsèquement en meilleure santé que la population américaine de naissance et continuent de l'être avec le temps, soit leur santé décline graduellement du fait de l'exposition à l'environnement, comme le démontre la détérioration de l'état de santé des immigrants de longue date.

Dans un examen des questions de santé critiques touchant les immigrants et les réfugiés, Fowler (1998, 389), estime que « les déterminants sociaux de la santé, notamment l'âge, l'isolement social, les obstacles linguistiques, la séparation de la famille, les changements dans les normes et les rôles familiaux et le manque d'information sur les ressources disponibles et le

chômage revêtent une importance décisive ». De même, estime-t-il, les différences transculturelles au niveau des comportements pour rechercher de l'information, des styles de communication, des perceptions des risques de santé et des idées sur la prévention des maladies ont un impact sur la santé.

Rares sont les études canadiennes qui ont examiné les changements au niveau des déterminants de la santé des immigrants. Renaud et coll. (2001), dans leur enquête longitudinale sur 1 000 immigrants arrivés à Montréal en 1989, ont analysé les caractéristiques socio-démographiques à quatre moments différents entre 1990 et 1999. Lors de la quatrième phase, la majorité des immigrants ayant subi une nouvelle entrevue à ce moment-là (N=429) ont rapporté une amélioration sur le plan du logement, de l'emploi, de l'utilisation du français et des conditions générales de vie. Toutefois, on a observé des différences significatives selon le sexe, le niveau d'instruction et la catégorie d'immigrant. Ainsi, les hommes étaient plus nombreux que les femmes à avoir un emploi et avaient un revenu plus élevé que les femmes. Les immigrants ayant fait des études post-secondaires étaient significativement plus nombreux à rapporter une amélioration de leurs conditions de vie que ceux ayant un diplôme universitaire ou un niveau de scolarité inférieur. Les immigrants à faible revenu et au soutien social inadéquat étaient plus souvent des réfugiés que des membres d'autres catégories d'immigrants. Toutefois, on n'a pas pu examiner les changements au niveau du soutien social dans le temps, car cette information n'a été recueillie que durant la quatrième phase. Comme les données sur l'état de santé n'ont été incluses à aucun moment, cette base de données ne peut être utilisée pour fournir des éléments de preuve sur l'effet de l'immigrant en bonne santé au Canada.

Sous-groupes d'immigrants – Enfants

On recense peu d'études portant sur l'état de santé des enfants immigrants au Canada. La principale source de données est l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), une étude longitudinale sur la santé et le développement des enfants canadiens de la naissance à l'âge de 18 ans, qui ne porte cependant pas spécifiquement sur les expériences des enfants immigrants (car le nombre d'enfants immigrants inclus dans l'enquête était trop faible pour permettre des analyses portant sur des paramètres beaucoup moins fréquents et sur des sous-groupes d'immigrants). Des fonds ont récemment été octroyés à la Nouvelle étude canadienne sur les enfants et les jeunes (NECEJ) pour suivre l'adaptation et le développement des enfants de réfugiés et d'immigrants au Canada (Beiser, CP).

Kobayashi et coll. (1998) ont utilisé les données de l'ELNEJ pour étudier l'état de santé des enfants immigrants, des enfants d'immigrants et des enfants de non-immigrants. Ils observent d'une manière générale que la santé des enfants immigrants ne diffère pas significativement de celle des enfants canadiens de naissance. Toutefois, les enfants qui vivent dans des régions où la proportion d'immigrants *récents* est la plus élevée sont moins nombreux à être considérés comme étant en mauvaise santé (Kobayashi et coll., 1998). Les chercheurs expliquent ces observations par le processus de « sélection ». En outre, quel que soit le statut relativement à l'immigration, les enfants de familles monoparentales sont plus nombreux à être en mauvaise santé. Selon l'hypothèse des chercheurs, la mauvaise santé serait le résultat du statut socio-économique des chefs de famille monoparentale et des obstacles à l'utilisation des services

de santé, lesquels pourraient être encore plus importants dans le cas des familles immigrantes qui possèdent mal le français ou l'anglais et le système de soins de santé.

Les éléments de preuve sur l'effet du statut socio-économique sur l'état de santé des enfants sont contradictoires. Une analyse des données de la NCCYS conclut que les enfants immigrants canadiens sont plus nombreux à vivre dans des familles à faible revenu, mais sont en meilleure santé mentale que leurs homologues canadiens de naissance (Beiser et coll., à paraître). Selon ces auteurs, l'effet de la pauvreté pourrait être différent chez les familles d'immigrants. Moss et coll. (1992) ont examiné l'effet de la migration internationale sur la santé des enfants immigrants au Belize et ont trouvé que la migration contribuait peu à la santé. Au contraire, « la pauvreté des migrants, quel que soit leur statut juridique, leur origine ou la durée de leur séjour dans le pays, pourrait primer sur la migration » (Moss et coll., 1992, 161).

Femmes

Un relevé des études canadiennes sur la santé des femmes immigrantes et réfugiées a récemment été effectué pour le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada (Mulvihill et Mailloux, 2000). Sauf dans le cas de la santé génésique et mentale, rares sont les études qui utilisent les enquêtes sur la santé pour examiner spécifiquement l'état de santé des femmes immigrantes.

Plus nombreuses sont les études sur les déterminants de la santé chez les femmes immigrantes. Selon l'hypothèse de Vissandjee et coll. (à paraître), le fossé des sexes et les processus sociaux qui le renforcent (p.ex.,exposition à la violence, manque d'autonomie ou autonomie réduite, reconnaissance insuffisante des titres de compétence étrangers et obstacles culturels et généraux à l'accès aux soins) empêchent les femmes et les femmes immigrantes d'atteindre un état de santé optimal. Dans le cas des femmes immigrantes qui travaillent hors du foyer, la problématique de santé et de sécurité au travail a une grande incidence sur les autres questions de santé. Toutefois, rares sont les études sur le rôle du sexe à titre de déterminant de la santé ou de facteur habilitant dans la migration et la réinstallation (Vissandjee et coll., 1998). En outre, peu d'études empiriques se sont penchées sur les effets de la pauvreté, du sous-emploi, de la langue, du fardeau des rôles multiples, de l'isolement social, de la disparition des réseaux de soutien social préexistants et de la discrimination sur la santé et le bien-être des femmes immigrantes (Janzen, 1998; Mulvihill et Mailloux, 2000).

Réfugiés

Plusieurs publications font état du risque accru de problèmes de santé, en particulier de santé mentale, auquel sont exposés les réfugiés (Erickson et Hoang, 1980, Misri, 1986; Groupe canadien, 1988; Barudy, 1989; Clinton-Davis et Fassil, 1992; Karmi, 1992; Chi-Ying et Kagawa-Singer, 1993). Toutefois, deux études canadiennes seulement se sont penchées spécifiquement sur l'état de santé physique des réfugiés.

Dillmann et coll. (1993) ont étudié l'état de santé de 1 104 réfugiés arrivés à Calgary entre janvier 1989 et octobre 1990. Ce groupe incluait des réfugiés d'Amérique centrale (30 %), d'Asie du Sud-Est (25 %), du Moyen-Orient (25 %), d'Afrique (10 %) et d'Europe de l'Est (10 %). Dans l'ensemble, 34 % des réfugiés avaient besoin de consulter un médecin. Parmi les problèmes de santé les plus courants figuraient les suivants : infections des voies respiratoires,

déficit visuel, problèmes dentaires (extrêmement répandus chez les enfants), otites, problèmes auditifs, problèmes gynécologiques et hospitalisations d'urgence. Les auteurs concluent que les réfugiés ont besoin de protection et de soins particuliers dans leur nouveau pays, particulièrement au tout début de leur réétablissement.

Dans une étude québécoise, on a recueilli de l'information auprès du personnel infirmier et médical sur 2 099 requérants du statut de réfugié entre août 1985 et mars 1986 (Thonneau et coll., 1990). La plupart des réfugiés venaient d'Iran (17,7 %), du Sri Lanka (14,4 %), de la République dominicaine (12,9 %) et d'Amérique centrale (11,9 %). Les chercheurs affirment qu'en général, l'état de santé des réfugiés était satisfaisant. Toutefois, comme cette étude n'établissait de distinction qu'entre les individus en bonne et en mauvaise santé, on dispose de peu d'informations additionnelles sur les problèmes de santé particuliers rencontrés par ce groupe.

Sommaire

La plupart des études examinées dans la présente section indiquent que les immigrants canadiens, et notamment les immigrants de fraîche date, sont en meilleure santé que les immigrants de longue date et que la population canadienne de naissance. Toutefois, les limites d'ordre méthodologique, notamment le recours aux études transversales, les données auto-déclarées et la faible taille des échantillons permettent difficilement de tirer avec certitude des conclusions sur l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé des groupes d'immigrants au fil du temps. Par ailleurs, les recherches canadiennes sur l'état de santé des sous-groupes d'immigrants (p.ex.,enfants, réfugiés et femmes) sont rares.

Les études sur les déterminants de la santé des immigrants au Canada sont plus nombreuses, mais elles portent rarement sur l'évolution de ces déterminants au fil du temps. D'après certaines études examinées, les déterminants tels que le sous-emploi et la reconnaissance insuffisante des titres de compétence étrangers pourraient avoir un impact important sur la santé, notamment chez les femmes immigrantes. On note également une tendance dans les écrits à s'intéresser davantage aux déterminants négatifs que positifs de la santé. Ainsi, rares sont les études portant sur la détermination des ressources personnelles et sociales (p.ex.,stratégies d'adaptation) qui permettent aux immigrants de faire face à l'adversité et de bien s'adapter à leur nouveau milieu.

Les recherches canadiennes sur les déterminants de la santé des immigrants ne considèrent généralement pas l'hétérogénéité au sein de la population immigrante, par exemple lorsque des variables telles que le pays d'origine, la catégorie de visa (immigrant ou réfugié) ou la connaissance de l'anglais, outre le statut socio-économique, influent sur l'état de santé (Chen et coll., 1996b; Kliewer et Jones, 1997). Dans l'étude longitudinale australienne, on a observé des variations importantes de l'état de santé des immigrants en fonction de ces caractéristiques (Kliewer et Jones, 1997).

Enfin, il semblerait que le modèle de la santé de la population du Canada pourrait nécessiter certaines modifications pour tenir compte des difficultés particulières rencontrées par les immigrants récents. Comme l'indique le rapport final du Séminaire sur le domaine de la santé de Métropolis, si les taux de maladie des immigrants d'aujourd'hui sont supérieurs à ceux des Canadiens de naissance, le risque accru résulte probablement d'une interaction entre la

vulnérabilité personnelle et le stress lié au réétablissement, ainsi que du manque de services, plutôt que des maladies dont ils sont porteurs à leur arrivée au Canada (Santé Canada, 1998a).

Cancer

Introduction

En 1996, le cancer était la deuxième cause de décès au Canada, responsable de près d'un tiers de toutes les années potentielles de vie perdues. Le foyer de cancer primaire le plus répandu est la prostate chez l'homme et le sein chez la femme. Toutefois, la première cause de décès tant chez les hommes que chez les femmes est le cancer du poumon (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial, 1999a). Selon toute vraisemblance, une bonne alimentation, l'activité physique et le contrôle du poids corporel jouent un rôle clé dans la prévention de nombreux cancers (Action Cancer Ontario, 2000).

Les principales sources d'information sur le cancer utilisées par les études répertoriées dans la présente recension sont les statistiques de l'état civil, les données cliniques et les registres du cancer. L'information contenue dans les bases de données de l'état civil est généralement utilisée pour analyser les taux de mortalité par cancer chez les migrants. Toutefois, ces bases de données ne recueillent de l'information que sur la cause du décès et le pays de naissance, et pas sur la durée du séjour. Aucune information sur l'immigration ou l'ethnicité n'est recueillie normalement par les bases de données des hôpitaux. La plupart des pays disposent également de registres du cancer qui recueillent de l'information sur l'incidence du cancer et surveillent les tendances dans le temps; toutefois, ces registres incluent rarement de l'information sur l'ethnicité ou sur le pays de naissance. L'information sur les déterminants de la santé autres que l'âge et le sexe n'est généralement pas disponible dans ces trois sources.

Deux types d'études se retrouvent principalement dans les écrits. Les études sur les migrations, comparant l'information sur la mortalité à l'aide de trois cohortes (décrites dans la section précédente), sont fréquemment utilisées pour vérifier l'hypothèse de convergence (à savoir que « l'exposition aux facteurs physiques, sociaux, culturels et environnementaux dans le pays de destination entraîne un déplacement des taux de mortalité des migrants vers le taux de la population indigène du pays de destination ») (Kliewer et Smith, 1995a). Les études transgénérationnelles, comparant les taux de mortalité des immigrants de première et de deuxième génération, servent à préciser davantage le rôle des facteurs génétiques et environnementaux dans l'apparition des maladies.

Recherches canadiennes

Peu d'études canadiennes portent sur l'évolution des taux de mortalité et d'incidence du cancer chez les immigrants avec le temps.

Les études des migrations ont vérifié l'hypothèse de la convergence en utilisant les taux de mortalité pour l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) (Kliewer, 1996), le cancer des ovaires (Kliewer et Smith, 1995a), le cancer du sein (Kliewer et Smith, 1995b) et tous les cancers (Sheth et coll., 1999).

Kliewer (1996) a comparé les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour l'HBP, une hypertrophie non cancéreuse de la prostate, chez plusieurs groupes d'immigrants en

Australie et au Canada, avec les TMNA du pays d'origine et du pays de destination (1984–1988). Le schéma général observé est celui de la convergence : les TMNA de la majorité des groupes d'immigrants (91,7 % au Canada et 70 % en Australie) se sont rapprochés des taux de la population hôte. Les différences sur le plan du diagnostic, du traitement médical, des taux d'autopsie et de l'enregistrement des certificats de décès d'un pays à l'autre pourraient expliquer certains de ces écarts dans les taux de cancer.

Les études sur le cancer de l'ovaire et du sein s'appuient sur des recherches antérieures limitées à la migration d'un pays à faible risque vers un pays à haut risque. Kliewer et Smith (1995a, b) ont comparé les TMNA du cancer de l'ovaire (1984–1988) et du cancer du sein (1964–1989) chez plusieurs groupes d'immigrants en Australie et au Canada venant de pays tant à haut risque qu'à faible risque, avec les taux dans les pays d'origine et de destination. Les chercheurs ont également examiné les variations des taux de cancer de l'ovaire selon la durée du séjour en Australie.

Les résultats de l'étude sur le cancer de l'ovaire ne corroborent qu'en partie l'hypothèse de la convergence. Chez les immigrants venant de pays à faible risque, les taux de mortalité ont augmenté et convergé vers ceux des natifs du pays de destination. Toutefois, la convergence est moins évidente chez les immigrants venant de pays à haut risque. En fait, au Canada, on observe chez la majorité des groupes d'immigrants un schéma de divergence. De l'avis des chercheurs, la convergence serait plus probable lorsque les taux de cancer du pays d'origine sont au moins 40 % plus élevés que ceux du pays de destination.

L'étude de Kliewer et Smith (1995a) a également examiné les changements de la mortalité et de l'incidence du cancer avec le temps et a mis en évidence une relation entre les taux de cancer de l'ovaire et la durée du séjour. Les TMNA des immigrants résidant en Australie depuis 30 ans ou plus se rapprochaient des valeurs de la population australienne de naissance. Toutefois, il a été impossible d'examiner les différences entre les groupes d'immigrants, car les données avaient nécessairement été agrégées (en raison du trop faible nombre de décès dans chaque groupe d'immigrants).

De même, on a mis en lumière des changements du taux de mortalité par cancer dans l'étude sur le cancer du sein. Chez 50 % des groupes d'immigrants en Australie et 38 % au Canada, les TMNA sont devenus équivalents à ceux de la population du pays hôte (Kliewer et Smith, 1995b).

Sheth et coll. (1999) ont utilisé les données de la Base canadienne de données sur la mortalité pour comparer les TMNA par cancer chez les immigrants d'origine sud-asiatique et chinoise et la population canadienne de naissance sur une période de 15 ans (1979–1993). Les TMNA ont été calculés pour la période allant de 1979 à 1993 et à des intervalles de cinq ans (1979–1983, 1984–1988 et 1989–1993). Chez les hommes, la mortalité par cancer est maximale chez les Canadiens de naissance, intermédiaire chez les immigrants d'origine chinoise et minimale chez les immigrants d'origine sud-asiatique. Chez les femmes, la mortalité par cancer est plus élevée chez les Canadiennes de naissance et plus faible dans les groupes d'immigrantes. Avec le temps, la mortalité par cancer augmente dans le groupe des Canadiens de naissance, mais reste le même ou diminue chez les immigrants asiatiques et chinois. On a également observé des variations de la mortalité par cancer selon le foyer du cancer et l'ethnicité.

Balzi et coll. (1995) ont effectué une étude transgénérationnelle pour analyser le risque de cancer chez les immigrants d'origine italienne, leur descendance (née au Canada) et la population hôte canadienne. Pour évaluer le risque, on a utilisé les rapports de cotes (RC) et les intervalles de confiance à 95 % (IC). Les chercheurs ont observé que le risque de cancer chez les descendants se situe à mi-chemin entre celui de la population hôte et celui des parents immigrants nés en Italie. Des résultats similaires sont obtenus lorsqu'on compare les cancers pour lesquels les immigrants italiens présentent un risque faible (p.ex.,côlon, poumon et sein) et ceux qui constituent pour eux un risque élevé, à savoir cancer de l'estomac. De plus, de l'avis des auteurs de cette étude, l'âge auquel s'effectue la migration revêt une importance cruciale. D'après des recherches antérieures sur les immigrants italiens en Australie, le risque de cancer de l'estomac chez les Italiens qui ont émigré en Australie dans leur enfance (avant l'âge de 15 ans) serait assimilable à celui de la population hôte. Toutefois, le risque de cancer de l'estomac chez les immigrants qui sont arrivés au Canada à l'âge adulte reste élevé (Balzi et coll., 1995).

Recherches internationales

La majorité des études transgénérationnelles sur les immigrants ont été réalisées aux États-Unis, d'une part à cause des profils migratoires qui permettent des comparaisons entre les résidents étrangers et les Américains de naissance au sein de différentes communautés ethniques, notamment japonaise, chinoise, noire, hispanique, etc. (King et Locke, 1980; King et coll., 1985; Shimizu et coll., 1987, 1991; Otero-Sabogal et coll., 1995; Zambrana et coll., 1997; DeSantis, 1998; Acedevo, 2000) et, d'autre part, parce que les données sur l'ethnicité sont incluses dans les bases de données américaines importantes. Au Canada, ce type d'étude serait possible à l'intérieur de nombreuses communautés d'immigrants européens de longue date, mais pas chez les communautés d'immigrants plus récents.

Dans leur recension des écrits sur les problèmes de santé des immigrants aux États-Unis, Flaskerud et Kim (1999) rapportent que « les décès imputables au cancer ont augmenté à un rythme plus élevé chez les immigrants venant des îles d'Asie-Pacifique que chez tout autre groupe racial ou ethnique ». Si les femmes asiatiques présentent une incidence du cancer du sein plus faible et de meilleurs taux de survie que les autres groupes ethniques, nombreuses sont les preuves indiquant que les taux d'incidence et de mortalité augmentent chez les femmes de la deuxième génération.

Maskarinec (2000) a comparé le risque de cancer du sein chez les femmes d'origine japonaise vivant en Asie et aux États-Unis, y compris Hawaï, et note que si les taux de cancer du sein de la première génération restent relativement stables, les deuxième et troisième générations connaissent des changements considérables. Saphir (1997, 1573) fait état d'observations similaires (« Chez les Américaines d'origine asiatique dont les grand-mères sont nées aux États-Unis, le cancer est plus fréquent que chez les nouvelles immigrantes des pays asiatiques ».) Les données chronologiques d'une recension documentaire des questions de santé touchant les migrants accueillis par l'Union européenne indiquent également que les taux de cancer du sein chez les femmes immigrantes ont commencé à converger vers ceux du pays d'adoption. C'est particulièrement le cas chez les femmes qui ont immigré dans leur jeunesse (Carballo et coll., 1998).

Déterminants du cancer

Les recherches sur les déterminants du cancer dans la population générale sont nombreuses. Celles qui sont particulièrement pertinentes pour le présent examen sont les études qui démontrent une relation entre les déterminants de la santé, notamment les habitudes d'hygiène personnelle et les facteurs environnementaux, et le cancer, car ces facteurs subissent souvent des changements après la migration.

Selon Kliewer et Smith (1995b), les différences sur le plan du degré d'adoption des modes de vie et des comportements du pays de destination par différents groupes d'immigrants pourraient expliquer pourquoi les taux de cancer des immigrants tendent à converger vers ceux de la population native. Par exemple, plusieurs études citées par Kliewer (1996) observent que la modification des habitudes alimentaires après la migration est associée à un risque de cancer accru (Hopkins et coll., 1980; Araki et coll., 1983; Hankin et coll., 1983; Ubukata et coll., 1987; Oishi et coll., 1988; Powles et coll., 1988). Saphir (1997) spécule également sur le rôle de l'alimentation et d'autres facteurs pour expliquer l'augmentation des taux de cancer chez les Américains d'origine asiatique de deuxième génération.

Selon Sheth et coll. (1999), les taux de tabagisme inférieurs expliquent les taux de cancer du poumon moins élevés chez les immigrants d'origine sud-asiatique, mais d'autres facteurs que le tabagisme sont nécessaires pour justifier les taux élevés de mortalité par cancer du poumon chez les hommes d'origine chinoise. De plus, estiment ces auteurs, les différences sur le plan de l'exposition aux risques environnementaux au cours du temps pourraient expliquer l'augmentation des TMNA dans le groupe canadien de naissance et la diminution des TMNA chez les populations d'immigrants chinois et sud-asiatiques.

L'acculturation a été invoquée pour expliquer les résultats des études transgénérationnelles démontrant une augmentation des taux de cancer chez les descendants de migrants et les générations subséquentes (Ziegler, 1993; Balzi et coll., 1995; Maskarinec, 2000). Ainsi, Maskarinec (2000) explique la hausse spectaculaire du risque de cancer chez les Japonais de deuxième et de troisième générations par une acculturation initiale relativement lente chez les femmes d'origine japonaise. D'autres études établissant un lien entre l'acculturation et les habitudes d'hygiène personnelle, le soutien social et le stress, sont évoquées de manière plus détaillée plus loin dans le présent document.

En revanche, on a recensé de nombreux obstacles culturels, linguistiques et systémiques aux programmes de prévention, de dépistage et de traitement du cancer au sein des populations immigrantes, notamment les nouveaux venus, lesquels pourraient être associés à une détection tardive et une mortalité accrue (Flaskerud et Kim, 1999).

Sommaire

L'essentiel des études examinées dans la présente section mettent en évidence un déplacement des taux de cancer des immigrants vers les valeurs de la population hôte. Ce phénomène de convergence est plus évident lorsque les écarts entre les taux de la population hôte et ceux du pays d'origine sont assez importants; dans les autres cas, on observe une divergence. Les résultats des études transgénérationnelles indiquent que chez les descendants des immigrants, le risque de cancer se situe à mi-chemin entre celui des natifs du pays de destination

et celui de leurs parents immigrants et que ce risque augmente sur plusieurs générations. Des facteurs tels que le niveau de risque dans le pays d'origine et la durée du séjour ont été pris en considération pour observer l'amplitude du changement des taux de cancer dans certains groupes d'immigrants particuliers après la migration.

À l'heure actuelle, les données des registres du cancer canadiens sont insuffisantes pour permettre de dégager des tendances chez les immigrants ou dans des sous-groupes d'imnigrants. L'incidence du cancer chez les Canadiens d'origine asiatique et l'existence possible, comme chez leurs homologues américains, d'un « faux sentiment de sécurité » dans cette communauté qui se croirait en meilleure santé que ses compatriotes blancs, est particulièrement préoccupante (Saphir, 1997, 1572).

Si les recherches sur les déterminants du cancer sont aujourd'hui nombreuses, celles sur les déterminants du cancer dans les populations immigrantes sont comparativement plus rares. Ainsi, plusieurs études indiquent que les changements acculturatifs dans les comportements (p.ex., tabagisme, alimentation) pourraient expliquer les changements rapportés sur le plan des taux de cancer; toutefois, aucune étude de ce type n'a été effectuée au Canada. Il serait également souhaitable de faire porter les recherches sur les changements touchant d'autres facteurs de risque de cancer après la migration, notamment le rôle des facteurs protecteurs, susceptibles de réduire le risque de cancer.

Cardiopathies

Introduction

Les cardiopathies sont la première cause de maladie, d'incapacité et de décès au Canada. Elles se divisent en deux catégories principales, les cardiopathies ischémiques, comprenant notamment l'infarctus du myocarde ou crise cardiaque, et les maladies cérébro-vasculaires (accident vasculaire cérébral). Les cardiopathies sont également la première cause de décès dans le monde. Comparativement à d'autres pays industrialisés choisis, le Canada occupait au milieu des années 90 le cinquième rang des taux de mortalité par cardiopathie (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial, 1999b). On peut diminuer l'impact des cardiopathies par la réduction des facteurs de risque, la promotion de la santé et l'usage efficace des services d'intervention et de santé (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999).

Comme il n'existe aucun registre provincial ou national qui suivrait l'incidence ou la prévalence des cardiopathies au Canada, les principales sources de données utilisées dans le présent examen sont les statistiques démographiques, les données sur la morbidité des hôpitaux et les enquêtes sur la population.

Recherches canadiennes

Quelques études ont porté sur l'évolution des taux de cardiopathie chez les immigrants au Canada, principalement sur les cardiopathies ischémiques.

Nair et coll. (1990) ont utilisé les données du recensement et de la Base canadienne de données sur la mortalité (BCDM) pour comparer les TMNA par cardiopathie des immigrants et de la population canadienne de naissance. Deux périodes de cinq ans, 1969–1973 et 1984–1988, ont été retenues, car c'est durant ces périodes que les données disponibles semblaient les plus

complètes. Les résultats indiquent une diminution des taux de mortalité tant des immigrants que des Canadiens de naissance au cours du temps; toutefois, les TMNA restent systématiquement moins élevés chez les immigrants que chez les Canadiens de naissance. On a également observé des différences sur le plan des taux de mortalité selon le pays d'origine des immigrants. Les taux les plus élevés sont ceux des immigrants scandinaves et africains et les moins élevés ceux des immigrants d'Amérique latine, de Chine et d'Asie. Les taux de mortalité des immigrants d'origine sud-asiatique au Canada sont inférieurs à ceux des Sud-Asiatiques vivant en Asie et dans des pays non asiatiques (Hughes et coll., 1989; McKeigue et coll., 1989).

Sheth et coll. (1999) ont également utilisé les données du recensement et de la BCDM pour comparer les taux de mortalité par cardiopathie chez les Canadiens de naissance, les Sud-Asiatiques de naissance et les Chinois de naissance. Leurs résultats font ressortir, chez les hommes, une mortalité par cardiopathie ischémique plus élevée chez les Sud-Asiatiques de naissance et les Canadiens de naissance et significativement plus faible chez les Chinois de naissance (respectivement 320/100 000, 320/100 000, 107/100 000). Chez les femmes, la mortalité est également plus élevée chez les Sud-Asiatiques que chez les Canadiennes de naissance et les immigrantes chinoises (respectivement 134/100 000, 109/100 000, 40/100 000). Au cours de la période d'étude, on a observé un déclin significatif de la mortalité dans chacun des trois groupes.

Pomerleau et Ostbye (1997) ont utilisé les données de l'ESO de 1990 pour comparer les caractéristiques de santé, notamment les taux auto-déclarés de cardiopathie et d'hypertension, selon le lieu de naissance des immigrants (p.ex.,région, sous-région et pays de naissance). Aucune différence n'a été observée entre les groupes d'immigrants après avoir tenu compte des autres facteurs de risque dans l'analyse, ce qui semblerait indiquer que le lieu de naissance n'exerce pas d'effet indépendant sur l'incidence des maladies.

Recherches internationales

Les études antérieures sur les cardiopathies chez les migrants utilisent le cadre traditionnel de l'étude sur les migrations (Dunn et Dyck, 2000). L'une des premières études comparait les taux de cardiopathie chez les immigrants japonais en Californie et à Hawaï et ceux des Japonais dans leur pays d'origine. Les résultats indiquent que les taux de mortalité et de prévalence des cardiopathies pour les sujets de la cohorte se rapprochaient de ceux de la région *dans laquelle ils avaient immigré*, leur nouvel environnement social. Ainsi, les facteurs environnementaux pourraient jouer un rôle dans les cardiopathies et les autres maladies chroniques. Toutefois, l'environnement antérieur d'un immigrant peut continuer d'exercer une influence. Les écarts rapportés dans les taux de cardiopathie de différentes origines ethniques ont également été imputés à la persistance de conditions et de comportements face à la santé à haut risque importés de leur pays d'origine. Ainsi, on pense que les habitudes alimentaires traditionnelles des Finlandais expliquent les taux d'obésité et de cardiopathie supérieurs à la moyenne chez les immigrants finlandais en Suède (Carballo et coll., 1998).

Déterminants des cardiopathies

Comme pour le cancer, les travaux sur les déterminants des cardiopathies dans la population sont nombreux. Ici encore, il est particulièrement pertinent d'examiner les études sur l'évolution des facteurs de protection et de risque cardiovasculaires chez les immigrants au fil du temps. Ces facteurs protecteurs incluent les suivants : tabagisme, alimentation, activité physique, obésité, consommation d'alcool, stress et adoption de pratiques sanitaires préventives (p.ex., dépistage de l'hypertension et des lipides sanguins) (Fondation des maladies du cœur du Canada, 1999).

Pomerleau et Ostbye (1997) ont utilisé les données de l'ESO de 1990 pour comparer les facteurs de risque de cardiopathies selon le lieu de naissance des immigrants. D'après leurs observations, les immigrants seraient moins nombreux à être obèses que leurs homologues canadiens de naissance. Des résultats similaires ont été obtenus avec les données de l'ENSP (Beiser et coll., 1997). Le lieu de naissance a été associé à des différences sur le plan des facteurs de risque, tel l'indice de masse corporelle (IMC). Ainsi, les immigrants d'Asie et de sous-régions de l'Asie (p.ex., Hong Kong, Chine, Vietnam) présentent un IMC significativement moins élevé que les Canadiens de naissance. Cette observation concorde avec l'observation de taux de mortalité inférieurs chez les immigrants d'origine chinoise mentionnée précédemment.

Jolly et coll. (1996) ont cherché à savoir pourquoi il semblait exister une augmentation du risque et de la gravité des cardiopathies chez les Sud-Asiatiques au Canada, dans les zones urbaines de l'Inde et aux États-Unis. Ils citent différentes études où l'on n'a trouvé aucune différence dans la prévalence des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'hypertension et les niveaux de cholestérol total et de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL) entre les Sud-Asiatiques et d'autres groupes présentant des taux inférieurs de cardiopathie. Leur hypothèse est que les différences ethniques sur le plan de la résistance à l'insuline pourrait jouer un rôle (« Il a été démontré que les Sud-Asiatiques présentent une prévalence élevée d'intolérance au glucose et des concentrations élevées d'insuline, même en présence de concentrations normales de glucose sanguin ») (McKeigue et coll., 1993 dans Jolly et coll., 1996).

Anand et coll. (2000) ont effectué une étude basée sur une population auprès de trois groupes ethniques au Canada (Sud-Asiatiques, Chinois et Européens) pour établir si les variations des taux de cardiopathie entre les groupes ethniques pouvaient s'expliquer par des différences en matière de facteurs de risque classiques, de marqueurs génétiques ou d'athérosclérose infraclinique. S'ils ont observé des différences de facteurs de risque entre les groupes, les auteurs attribuent plutôt le risque accru de cardiopathie chez les Sud-Asiatiques à des facteurs génétiques (p.ex., facteurs influant sur la rupture de la plaque, l'interaction entre les facteurs prothrombiques et l'athérosclérose) ou des facteurs de risque qui restent à découvrir.

Un autre secteur de recherche très actif est celui de la vérification de l'hypothèse selon laquelle la migration vers des sociétés occidentales industrialisées engendrerait un stress associé à une augmentation de la pression artérielle (Kasl et Berkman, 1983).

Les résultats des études Whitehall I et II menées auprès des fonctionnaires britanniques pourraient avoir des répercussions importantes pour les populations immigrantes. En résumé, ces études ont permis d'observer que chez les fonctionnaires appartenant aux échelons hiérarchiques

inférieurs dont l'environnement de travail est caractérisé par un manque de contrôle et un degré de satisfaction médiocre, les symptômes, les facteurs de risque et la mortalité par cardiopathie sont plus fréquents que chez le personnel administratif des échelons hiérarchiques supérieurs. On a également mis en évidence des différences nettes selon l'emploi et l'échelon hiérarchique dans les comportements à risque sur le plan de la santé, les conditions économiques et le soutien social (Marmot et coll., 1991). Les immigrants, chez qui le sous-emploi et la marginalisation socio-économique font partie intégrante du quotidien, pourraient également connaître un risque plus élevé de cardiopathie (Vissandjee et coll., à paraître).

En revanche, l'attachement à la culture du pays d'origine pourrait exercer un effet protecteur à l'égard des cardiopathies. L'étude de migration classique effectuée par Marmot et Syme (1976), qui compare les taux de cardiopathie chez les migrants japonais à Hawaï, met en évidence une prévalence des maladies coronariennes de trois à cinq fois plus élevée dans le sous-groupe considéré comme étant le plus intégré à la culture occidentale. On pense que l'acculturation, plutôt que les différences sur le plan des principaux facteurs de risque de maladie coronarienne (alimentation, cholestérol sérique, pression artérielle et tabagisme) expliquerait ces observations.

Enfin, on impute certains des avantages pour la santé observés chez les immigrants comparativement à la population canadienne au processus de sélection et au système de soins de santé canadien. Ainsi, Nair et coll. (1990) estiment que les immigrants sud-asiatiques au Canada ne seraient pas représentatifs de l'ensemble de la population de leur pays d'origine et que les services de santé canadiens complets permettent à ces immigrants de vivre jusqu'à un âge plus avancé au Canada que dans leur pays d'origine.

Sous-groupes d'immigrants – Femmes

L'étude effectuée par Nair et coll. (1990) rapporte des taux de mortalité par cardiopathie plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les populations tant immigrantes que canadiennes de naissance. Toutefois, d'après une autre étude canadienne, le risque de maladie cardiovasculaire chez les femmes immigrantes pourrait varier selon leur pays d'origine. Sheth et coll. (1999) ont comparé les TMNA entre 1973 et 1993 chez les femmes immigrantes âgées de 35 à 74 ans. Ils observent que les femmes immigrantes d'origine sud-asiatique (Inde, Pakistan, Bangladesh et Sri Lanka) présentent les taux les plus élevés de cardiopathie ischémique (145/100 000), soit trois fois plus que le taux des femmes d'origine chinoise (40/100 000).

Sommaire

Rares sont les études canadiennes portant sur l'évolution du taux de cardiopathie chez les immigrants au fil du temps, en partie à cause de la pauvreté des sources de données sur l'immigration et les cardiopathies. D'après les conclusions des études examinées dans la présente section, les taux de mortalité par cardiopathie des immigrants sont inférieurs à ceux des Canadiens de naissance et varient selon le sexe et le pays d'origine. Malgré l'importance du problème des cardiopathies chez les femmes canadiennes, la plupart des recherches réalisées excluaient les femmes et n'abordaient pas les questions spécifiques à un sexe ou l'ethnicité. Les études font état de taux de cardiopathie élevés chez les immigrants sud-asiatiques.

Pour dresser un tableau complet des cardiopathies dans les populations immigrantes au Canada, des études additionnelles s'imposent sur l'incidence de ce type de maladie, notamment dans des sous-groupes d'immigrants, tels que les femmes. On n'a pas encore établi avec précision dans quelle mesure les profils de risque continuent de refléter ceux du pays d'origine ou évoluent vers ceux du pays d'adoption. Il faut également obtenir davantage d'information sur les déterminants des cardiopathies dans certains groupes d'immigrants particuliers (p.ex.,facteurs génétiques, stress et alimentation). La recherche sur les facteurs de risque associés aux cardiopathies dans la communauté sud-asiatique revêt une importance particulière.

Tuberculose

Introduction

La tuberculose est une infection bactérienne qui touche principalement les poumons, mais qui peut atteindre tous les systèmes organiques. Cette maladie, qui était très répandue et constituait une cause majeure de décès au cours du siècle dernier, est devenue plus rare au Canada grâce aux améliorations apportées aux conditions de logement, d'alimentation et à l'introduction des antibiotiques. Si les taux de tuberculose n'ont pas augmenté au Canada, on s'inquiète cependant de la proportion croissante de cas de tuberculose chez les immigrants, en raison de l'immigration en provenance de pays où la tuberculose est endémique et de l'augmentation de la tuberculose multirésistante (TMR).

Si la réglementation sur l'immigration impose un dépistage médical et interdit l'entrée d'immigrants et de réfugiés atteints de tuberculose évolutive, les immigrants ne représentent pas moins une proportion importante des cas de tuberculose au Canada. Selon de nombreaux experts canadiens, la majorité des cas de tuberculose chez les immigrants et les réfugiés s'expiiquent par une réactivation (une infection antérieure est réactivée après la migration), tandis qu'une proportion moindre résulte d'infections primaires juste avant ou après la migration (Styblo, 1989; Wilkins, 1996; Gardam, communication personnelle; Hershfield, communication personnelle).

Au cours des 20 dernières années, on a observé une augmentation spectaculaire de la proportion des cas de tuberculose d'origine étrangère au Canada. Entre 1980 et 1995, pendant que le nombre de cas diminuait de 50 % à 22 % dans la population canadienne de naissance non autochtone, il augmentait de 35 % à 64 % chez les immigrants (Santé Canada, 1998b). Après plusieurs décennies de déclin, le taux d'incidence déclarée de la tuberculose au Canada s'est pour l'essentiel stabilisé depuis 1987 (Brancker, 1991).

Dans une étude réalisée en Alberta sur cinq ans, portant sur 351 cas de tuberculose diagnostiqués dans le sud de l'Alberta entre 1990 et 1994, les immigrants représentaient 70,6 % de ces cas. La majorité de ces immigrants (73,4 %) venaient de pays asiatiques (p.ex., Chine, Hong Kong, Vietnam, Philippines et sous-continent indien) (Cowie et Sharpe, 1998). À Toronto, d'après les données de santé publique, les immigrants représenteraient 92 % des cas de tuberculose (Gardam, communication personnelle).

Une étude récente menée en Alberta et en Colombie-Britannique rapporte une hausse des cas de tuberculose multirésistante qui ne s'explique pas par l'acquisition de la maladie à la suite d'un contact récent avec la TMR au Canada (Hersi et coll., 1999). Une étude similaire est actuellement en cours à Toronto (Gardam, CP).

Malgré l'inquiétude du public quant à la transmission de la tuberculose aux populations natives par les populations d'origine étrangère, les données concernant l'étendue de la transmission sont limitées. Une étude transversale de la réaction à la tuberculine chez les jeunes adultes et les enfants nés au Canada et non vaccinés par le BCG à Montréal n'a mis en évidence aucune association entre la réaction tuberculinique et le fait de vivre dans un quartier présentant une proportion élevée d'immigrants provenant de régions endémiques (Menzies et coll., 1997).

En revanche, le risque de transmission de la tuberculose à l'intérieur des communautés d'immigrants pourrait être considérable (Carballo et coll., 1998). D'après ces auteurs, non seulement les immigrants viennent en général de pays économiquement moins développés où la tuberculose est toujours prévalente, mais nombre d'entre eux connaissent après l'immigration des conditions de vie qui les protègent peu de la tuberculose.

Les déterminants de la tuberculose sont abordés de manière plus approfondie dans une autre section.

Recherches canadiennes

La tuberculose semblant survenir après la migration, la plupart des études canadiennes dans ce domaine ont tenté de déterminer la période de latence durant laquelle les immigrants qui ne sont pas atteints de tuberculose évolutive à leur arrivée développent la maladie. D'autres études canadiennes se sont intéressées à la détermination des groupes d'immigrants particulièrement à risque.

D'après les observations de l'étude réalisée en Alberta durant cinq ans, la période moyenne de latence entre l'immigration et le diagnostic est de 11,2 ans (écart-type [ET] 13,9 ans) et 50 % des immigrants sont atteints 7 ans après leur arrivée. La période de latence varie en fonction du type de maladie : l'apparition de la maladie est survenue 7,6 ans [ET 6,9] après l'arrivée chez les patients dont les ganglions lymphatiques superficiels étaient atteints, après 10,1 ans [ET 12,1] chez les patients atteints de tuberculose extrapulmonaire et après 14,2 ans [ET 17,2] chez les patients souffrant de la forme pulmonaire. Les chercheurs ont également observé que la période de latence était significativement plus courte chez les immigrants asiatiques (moyenne de 9,1 ans) que chez ceux venant d'autres pays (moyenne de 17,2 ans). Ils soulignent que « la période médiane apparemment plus longue entre l'immigration et le diagnostic de la tuberculose dans cette étude par rapport aux études antérieures en Amérique du Nord indique que si un changement s'est produit, il s'agit d'une augmentation du délai diagnostique » (Cowie et Sharpe, 1998, 602). Les facteurs associés à la détection et au traitement précoces sont analysés de manière plus détaillée dans la section suivante.

Kerbel (1997) s'est intéressé à la période de latence de la tuberculose chez les immigrants et les réfugiés en Ontario entre 1989 et 1995. D'après ses observations, la période moyenne entre l'immigration et le diagnostic était de neuf ans et 53 % des patients étaient atteints cinq ans après leur réinstallation. L'étude semble également indiquer que la période de latence pourrait être plus

courte chez les réfugiés que chez les immigrants. Chez les immigrants des Philippines, de Hong Kong et de l'Asie du Sud, les périodes de latence sont respectivement de sept, sept et huit ans, comparativement aux réfugiés de Somalie, d'Éthiopie, du Sri Lanka et d'Afghanistan dont les périodes de latence sont respectivement de deux, trois, quatre et quatre ans. Une analyse des données sur la tuberculose à Toronto a révélé que les taux les plus élevés de cette maladie se retrouvaient chez les immigrants dans les cinq ans suivant leur arrivée au Canada (PHRED, 2000).

En ce qui concerne les groupes à risque, Wobeser et coll. (2000) estiment que la région d'origine est l'un des déterminants de la tuberculose les plus importants chez les individus ayant immigré durant les 10 dernières années en Ontario. D'autres études canadiennes concluent que les individus nés dans des pays où la prévalence de la tuberculose est élevée représentent un groupe à haut risque (étude de l'Alberta; Brancker, 1991).

Recherches internationales

Des tendances de la tuberculose similaires à celles du Canada ont été observées aux États-Unis et ailleurs (Carballo et coll., 1998; Walker et Jaranson, 1999). Plusieurs études américaines et britanniques ont également montré que la tuberculose apparaît chez les immigrants en bonne santé quelques années seulement après la migration. Les réfugiés représentent un sous-groupe dont le risque est particulièrement élevé (Walker et Jaranson, 1999). Selon McKenna et coll. (1995), 55 % des immigrants atteints de tuberculose aux États-Unis ont été diagnostiqués dans les cinq premières années suivant leur migration; il semble cependant que les taux d'incidence diminuent lorsque la durée du séjour augmente (Walker et Jaranson, 1999). Binkin et coll. (1996) observent que 30 % des immigrants atteints de tuberculose au Royaume-Uni ont reçu un diagnostic dans l'année suivant leur arrivée, tandis que 23 % ont fait l'objet d'un diagnostic entre un et cinq ans après leur immigration.

Le traitement antérieur de la maladie et le fait de venir d'un pays où la prévalence de la tuberculose pharmacorésistante est élevée figurent parmi les facteurs de risque associés à la tuberculose multirésistante aux États-Unis recensés par Kent (1993), qui préconise une meilleure sensibilisation du corps médical et le choix de modes de traitement plus musclés (traitement sous observation directe).

Déterminants de la tuberculose

Les recherches sur les déterminants de la tuberculose chez les immigrants abordent deux thèmes importants :

1. les facteurs hypothétiques associés à la réactivation de la tuberculose,

2. les obstacles au dépistage et au traitement.

De nombreuses études indiquent que les conditions de vie après la migration, caractérisées par la pauvreté, l'itinérance, les conditions de logement inférieures aux normes, la toxicomanie, l'hygiène médiocre et la malnutrition, contribuent à la réactivation de la tuberculose chez les immigrants (Kent, 1993; McSherry et Connor, 1993). Une recension documentaire des questions de santé touchant les immigrants accueillis par l'Union européenne a mis en lumière l'importance des conditions sociales et économiques, notamment le logement, dans la

transmission de la tuberculose (Carballo et coll., 1998). Dans une étude effectuée à Montréal, on a observé une association significative entre la résidence dans un quartier pauvre et la réactivité tuberculinique, ce qui indiquerait que le risque de tuberculose n'est pas uniforme chez les immigrants, même chez ceux provenant de pays présentant des taux élevés de cette maladie (Menzies et coll., 1992).

D'autres études ont observé les liens entre le stress associé au réétablissement et la tuberculose (Proust, 1971; Grenville-Mathers et Clark, 1979; Powell et coll., 1981; Davies, 1995). On pense que ce stress affaiblit le système immunitaire et contribue à expliquer l'apparition de la tuberculose dans les premières années du réétablissement. Une étude canadienne est actuellement en cours sur le rôle du stress dans la réactivation de la tuberculose (Beiser, CP).

Le non-recours aux services de santé est également un facteur contributif (McSherry et Connor, 1993; Carballo et coll., 1998). Selon McSherry et Connor (1993), trois facteurs contribueraient au nombre accru d'immigrants infectés aux États-Unis : l'immigration clandestine, l'insuffisance des tests cutanés à la tuberculine et le non-respect des régimes thérapeutiques en cas d'infection tuberculinique. Les professionnels de la santé ignorent souvent que certains groupes d'immigrants continuent de présenter un risque élevé de tuberculose (souvent dans un foyer extrapulmonaire) plusieurs années après avoir immigré dans des pays à faible prévalence.

Au Canada, les facteurs culturels, dont la stigmatisation, le manque de connaissance des services et la non-coordination entre les différents ordres de gouvernement, continuent de constituer des obstacles importants à la surveillance et au traitement de la tuberculose (Gardam, communication personnelle). Les obstacles culturels sont évoqués de manière plus détaillée dans une section ultérieure.

En ce qui a trait à la coordination, Wobeser et coll. (2000) ont découvert que 40 % à 60 % seulement des immigrants adressés pour fins de surveillance médicale à l'occasion de leur examen de contrôle de l'immigration (fédéral) étaient saisis dans les bases de données provinciales. D'après des chercheurs de Montréal, il est plus rentable d'axer les efforts de dépistage de la tuberculose sur l'identification et le traitement des contacts étroits que sur la surveillance médicale (Dasgupta et coll., 2000).

Si tous les immigrants sont admissibles à l'assurance-maladie, celle-ci n'est pas immédiatement disponible dans toutes les provinces. Les immigrants qui n'ont pas encore leur carte d'assurance-maladie provinciale peuvent être tenus de défrayer les frais médicaux. Les services de santé essentiels pour les réfugiés sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire; toutefois, on a fait état de nombreux problèmes, par exemple intransigeance bureaucratique, insuffisance de la couverture, retard dans le remboursement et manque de connaissance du programme de la part du personnel des salles d'urgence, des médecins et des pharmacies (Citoyenneté et Immigration Canada, 2001). Entre 15 % et 20 % des individus qui doivent être traités contre la tuberculose ne disposent d'aucune assurance médicale (p.ex., visiteurs et travailleurs temporaires).

Sommaire

S'il ressort de la plupart des études examinées dans cette section que la tuberculose apparaît après la migration, ce paramètre diffère des autres paramètres de santé examinés dans le cadre des conditions de l'effet de l'immigrant en bonne santé en ce qu'il n'est pas nécessairement associé à une dégradation de l'état de santé. En fait, la plupart des immigrants présentant une tuberculose évolutive (comme les immigrants atteints de la plupart des autres maladies infectieuses) voient leur état de santé s'améliorer avec le temps si le traitement et le suivi sont appropriés.

Au vu de la plupart des observations recensées dans cette section, la période de latence serait inférieure à 10 ans. Les individus nés dans des pays où la prévalence de la tuberculose est élevée représentent un groupe à haut risque.

Trois lacunes importantes dans la recherche ont été relevées. Premièrement, il faut davantage d'études sur les raisons pour lesquelles la tuberculose apparaît chez les immigrants et les réfugiés durant les premières années de la réinstallation, et plus particulièrement sur le rôle des facteurs contributifs tels que la détresse psychologique, les conditions de logement inférieures aux normes et l'incapacité d'utiliser les services de santé efficacement. Deuxièmement, il faut entreprendre davantage d'études en milieu communautaire pour déterminer comment on peut accroître la sensibilisation et réduire la stigmatisation associée à la tuberculose dans les communautés d'immigrants. Enfin, il faudrait évaluer les initiatives de santé publique comme le dépistage de la tuberculose, en vue de concevoir des activités de sensibilisation et de suivi plus appropriées et mieux coordonnées.

VIH/sida

Introduction

En 1999, on estimait à 33,6 millions le nombre de personnes infectées par le VIH/sida dans le monde (UNESCO/ONUSIDA, 2000). Le taux de prévalence chez les adultes variait d'un maximum de 8,8 % en Afrique subsaharienne à un minimum de 0,07 % pour la région Asie orientale-Pacifique (ONUSIDA/OMS, 2000). En Amérique du Nord, la prévalence estimée en 1998 était de 0,56 %. Depuis 1995, l'accès généralisé à la thérapie antirétrovirale s'est traduit par une chute spectaculaire de la mortalité imputable au sida.

Le traitement du sida représente un fardeau économique et social majeur pour la société canadienne et des craintes ont été exprimées concernant les risques pour la santé auxquels la population canadienne pourrait être exposée et la sollicitation excessive du système de soins de santé. Du point de vue de la santé publique, les priorités incluent l'élaboration de programmes efficaces de dépistage et de prévention pouvant être adaptés à différents groupes de population.

Au Canada, on estime que 49 800 personnes vivaient avec le VIH à la fin de 1999, soit une augmentation de 24 % depuis la fin de 1996. Si l'incidence estimée du VIH est restée stable depuis 1996, la répartition des « catégories d'exposition » a connu des changements significatifs (p.ex., hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes [HRH], utilisateurs de drogues injectables [UDI], hétérosexuels et originaires de pays où le VIH est endémique). Entre 1996 et 1999, on a observé une augmentation de 30 % du nombre de nouveaux cas d'infection par an

imputables aux HRH et un déclin de 27 % du nombre d'infections chez les UDI. On a noté par ailleurs une augmentation de 45 % du nombre de cas prévalents et une augmentation de 26 % du nombre de nouveaux cas d'infection chez les hétérosexuels. Fait particulièrement intéressant pour cet examen, les immigrants provenant d'un pays où le VIH est endémique représentent, d'après les estimations, entre 20 % et 30 % de la catégorie d'exposition hétérosexuelle (Santé Canada, novembre 2000).

En 1999, les femmes représentaient 14 % des cas prévalents d'infection à VIH, comparativement à 11 % en 1996. Plus de 50 % de tous les nouveaux cas d'infection à VIH chez les femmes sont attribués aux UDI, et 46 % à l'exposition des hétérosexuels (Santé Canada, novembre 2000). Comme la majorité des femmes faisant partie des cas déclarés de sida sont en âge de procréer, le risque de transmission du virus aux nouveau-nés augmente. Si les cas pédiatriques ne représentent qu'un faible pourcentage du nombre total de cas de sida déclarés, 82,7 % des cas de sida chez l'enfant sont cependant imputés à la transmission périnatale. Le contact hétérosexuel avec un individu venant d'un pays endémique et le contact hétérosexuel avec une personne à risque représentent les deux principales catégories d'exposition chez les femmes adultes (Santé Canada, avril 2000a).

Enfin, il importe de savoir que les individus qui se présentent pour subir des tests de dépistage du VIH et qui obtiennent des résultats positifs ne représentent qu'une faible fraction de la population infectée. À la fin de 1996, le Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose estimait que sur les 40 100 Canadiens vivant avec le VIH, 1 500 (4 %) étaient infectés et l'ignoraient (Santé Canada, avril 2000b).

Recherches canadiennes

Comme l'information sur le VIH ou le sida chez les immigrants au Canada n'est pas recueillie de manière systématique par les systèmes de surveillance du VIH/sida nationaux ou provinciaux, rares sont les données sur la prévalence de l'infection dans ces populations. Les estimations canadiennes s'appuient principalement sur des programmes de modélisation par ordinateur, tels celui élaboré par Santé Canada pour évaluer les risques pour la santé publique présentés par 47 maladies transmissibles. À l'aide de ce programme, on a estimé qu'un immigrant sur 1 000 (0,1 %) arrive chaque année porteur du VIH, ce qui représente 37 transmissions par an (Hurst, décembre 2000; St. John, communication personnelle, 2000).

À la différence des données sur le statut d'immigrant, l'information sur l'ethnicité et le VIH/sida est systématiquement recueillie au Canada depuis 1982. Un rapport récent s'appuyant sur cette base de données indique que la proportion de cas de sida chez les Blancs a diminué entre 1990 et 1999, tandis que la proportion de cas chez les Noirs et les Autochtones augmentait. La proportion de cas de sida chez les Asiatiques est restée stable. Les lacunes, notamment la classification erronée (basée sur la catégorisation de l'ethnicité par le médecin) et la sous-représentation de certains groupes ethniques, réduisent l'utilité de cette base de données pour la recherche sur l'immigration (Santé Canada, 2000a).

Certaines observations indiquent une progression du VIH/sida chez les immigrants en Ontario nés dans des pays où le VIH est endémique. En 1997 et en 1998, 14 % des cas recensés dans le système de surveillance provincial étaient imputés aux immigrants de pays endémiques, comparativement à 2,9 % entre 1981 et 1995. Au cours de la même période, la proportion de cas de sida attribués aux HRH reculait de 86 % en 1985 à 50 % en 1998 (Remis et Whittingham, 1999).

Récemment, des recherches ont été effectuées sur la prévalence du VIH et du sida chez les immigrants en Ontario provenant de deux régions endémiques, les Caraïbes et l'Afrique subsaharienne, à l'aide d'une technique de modélisation en deux étapes :

1. un profil démographique incluant les données sur l'immigration, le recensement, les naissances et la mortalité pour la population immigrante d'Ontario provenant de 74 pays endémiques;

2. un modèle statistique utilisant les données du VIH et du sida provenant de plusieurs sources pour obtenir des estimations plausibles de l'incidence et de la prévalence du VIH et du sida et de la mortalité reliée au sida en fonction du sexe.

Les résultats indiquent qu'entre 1985 et 1998, 11,4 % des cas diagnostiqués de VIH en Ontario étaient attribués aux immigrants provenant de pays endémiques. On a également enregistré une augmentation des taux de prévalence du VIH chez les immigrants de pays endémiques entre 1980 et 1998, notamment à la fin des années 1980. Le taux de prévalence du VIH était de 0,89 % chez les immigrants originaires d'Afrique subsaharienne et de 0,54 % chez ceux originaires des Caraïbes, taux substantiellement inférieurs aux valeurs dans les pays d'origine. Le fait que ces taux étaient plus élevés que ceux observés dans la population ontarienne n'appartenant ni aux HRH ni aux UDI a engendré une réaction négative de la part de la population, même s'il ne s'agissait pas nécessairement du groupe de comparaison le plus approprié.

On a également estimé que 46 % des infections à VIH chez les immigrants des Caraïbes et 30 % de ces infections chez les immigrants d'Afrique subsaharienne ont été contractées au Canada. Cette observation a des répercussions importantes, car les politiques et les programmes actuellement en place au Canada pourraient prévenir ces infections. Sur les 281 mères infectées par le VIH déclarées au Ontario HIV Paediatric Network, 41 % étaient nées de femmes immigrantes venant de pays endémiques (Remis et Whittingham, 1999). Une autre étude rapporte que 70 % des cas de transmission du VIH mère-enfant au cours des dernières années touchent des femmes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes (Remis et coll., 1998).

Recherches internationales

En 2000, l'UNESCO/ONUSIDA (2000) a effectué une recension des études sur les populations immigrantes et le VIH. Une certaine prudence était conseillée dans l'interprétation des résultats de ces études épidémiologiques, en raison des différences entre les différents systèmes nationaux de déclaration. Par exemple, certains pays déclarent l'incidence et (ou) la prévalence du VIH, d'autres rapportent l'incidence et (ou) la prévalence du sida et certains (p.ex.,les États-Unis) ne distinguent pas les immigrants des minorités ethniques américaines de

naissance. On fait également état de différences nationales dans les principaux pays sources d'immigrants (dans de nombreux pays européens, la majorité des immigrants atteints du VIH/sida viennent d'autres pays européens ou des États-Unis, et non pas de pays en développement).

On observe d'importantes variations dans l'incidence du sida et du VIH chez les immigrants européens. Ainsi, jusqu'en 1990, les immigrants ou les résidents étrangers représentaient 45 % des cas de sida en Belgique, 20 % aux Pays-Bas et 7 % en Norvège. Les immigrants étaient également significativement surreprésentés dans la proportion de la population porteuse du VIH (p.ex., 52 % en Belgique, 20 % en Suède et 10 % en Norvège). Entre 1988 et 1991, 0,12 % des femmes enceintes à Amsterdam ont fait l'objet d'un diagnostic de sida, et la majorité d'entre elles étaient nées à l'étranger (63 %). En 1996, les immigrants originaires d'Éthiopie représentaient 50 % de tous les adultes séropositifs pour le VIH en Israël, une proportion qui serait selon toute vraisemblance en augmentation.

Le fardeau imposé aux services de santé et imputable aux immigrants atteints du VIH/sida a fait l'objet d'une grande attention. En dépit de l'insuffisance des preuves, les États-Unis imposent toujours une politique de test obligatoire de dépistage du VIH qui écarte les immigrants séropositifs ou atteints du sida. En outre, aucune étude n'a tenté de déterminer si la prévalence du sida dans les populations d'immigrants augmente ou diminue en fonction de la durée du séjour. On pense que certains sous-groupes d'immigrants (p.ex.,réfugiés, travailleurs saisonniers et voyageurs à la recherche d'expériences sexuelles) courent un risque plus élevé de contracter le VIH. Le Canada est actuellement en train d'introduire une législation imposant le dépistage obligatoire et l'exclusion des immigrants (sauf dans la catégorie familiale) qui obtiennent un résultat positif au test de détection du VIH.

Déterminants du sida

Selon Remis et Whittingham (1999), le taux d'infection à VIH plus faible observé chez les immigrants canadiens que chez les natifs du pays d'origine s'explique par le fait qu'un dépistage du VIH de nature discrétionnaire est déjà en place dans certains pays (biais de sélection).

Rares sont les études fournissant des données fiables sur les facteurs spécifiques qui facilitent la transmission du VIH dans le contexte de la migration; toutefois, on continue de croire que les profils globaux de migration (notamment les déplacements fréquents à destination et en provenance des régions endémiques) contribuent au problème (HIVInsite, 2000). Par exemple, le risque de sida peut être élevé lorsque, en raison des critères de sélection des migrants, les groupes de migrants sont principalement de sexe masculin (Carballo et coll., 1998).

Dans leur étude effectuée à Montréal, Decostas et Adrien (1997) estiment que la mobilité humaine est associée à un risque d'infection à VIH, mais précisent que cette relation pourrait s'expliquer davantage par les conditions de vie durant le voyage et au lieu de destination plutôt que par l'origine du migrant. Ils recommandent en outre de distinguer la migration des travailleurs, la migration des réfugiés, la migration interne et la migration dans un but de réétablissement. Dans le dernier cas, on a observé que la vulnérabilité au VIH était principalement déterminée par les mauvaises conditions de vie et de travail et l'accès réduit aux

soins de santé, conditions similaires à celles associées à d'autres problèmes de santé infectieux et chroniques répandus chez les migrants.

L'étude des données épidémiologiques et comportementales effectuée par l'UNESCO/ONUSIDA (2000) indique également que le risque d'infection à VIH chez les populations d'immigrants est attribuable à des variables associées aux conditions de vie qui, lorsqu'elles sont corrigées, peuvent éliminer le risque accru. Ainsi, les hommes célibataires migrant dans des conditions d'isolement dans le pays hôte contractent davantage de MTS et courent un risque plus élevé d'infection à VIH, car ils ont plus souvent des partenaires multiples et ont recours aux travailleurs du sexe du fait de leur statut de célibataire, de leur mobilité géographique et de leur difficulté à établir une relation stable avec des femmes de la culture du pays hôte. Toutefois, lorsqu'ils vivent en famille, l'incidence est comparable à celle de la population du pays d'accueil.

Parmi les autres facteurs contribuant au risque d'infection à VIH chez les populations d'immigrants figurent les différences démographiques et comportementales au sein de la communauté d'immigrants, les difficultés d'interaction et (ou) d'intégration relativement à la société du pays hôte, l'accès réduit aux services médicaux et les problèmes de communication avec le personnel médical. Comme les immigrants séropositifs sont victimes de stigmatisation et de discrimination, ils n'utilisent pas toujours les services de soutien disponibles (Flaskerud et Kim, 1999; UNESCO/ONUSIDA, 2000).

L'essentiel des recherches sur l'immigration et le sida au Canada porte sur les efforts de prévention (p.ex.,sensibiliser davantage les collectivités, réduire les obstacles aux soins et élaborer des documents adaptés aux réalités culturelles).

Dans une étude sur la communauté sud-asiatique à Vancouver, on a observé que la perception du risque était très faible, même si 75 % des hommes sud-asiatiques célibataires indiquaient avoir amorcé de nouvelles relations sexuelles au cours de l'année précédente (Manson-Singer et coll., 1996). Une observation semblable a été rapportée dans une étude effectuée en 1994 par l'Immigrant Women's Health Centre, qui avait mené des entrevues auprès de 140 femmes immigrantes de Chine, du Vietnam, d'Amérique du Sud ou centrale et des Caraïbes et vivant à Toronto (Immigrant Women's Health Centre, 1994).

La stigmatisation, l'isolement des individus séropositifs et les obstacles culturels et linguistiques au traitement sont, de l'avis des membres de cinq communautés originaires d'Afrique de l'Est à Toronto, des problèmes particulièrement critiques (Calzavara et coll., 2000; Tharao et coll., 2000).

L'étude canadienne sur les déterminants des comportements spécifiques sur le plan ethnoculturel reliés au VIH/sida portait sur l'importance de proposer des documents adaptés à chaque culture (Adrien et coll., 1996). Ce projet communautaire participatif a permis de formuler plusieurs recommandations pour la prévention du VIH et la promotion de l'utilisation du condom (Maticka-Tyndale et coll., 1996).

Sommaire

D'après les études examinées dans la présente section, les observations concernant la mesure dans laquelle les immigrants étaient séropositifs avant leur arrivée au Canada ou ont acquis l'infection au pays sont non concluantes. On ignore toujours avec exactitude quelle proportion d'immigrants sont infectés par le VIH/sida au moment de leur arrivée ou contractent la maladie par la suite.

Pour déterminer les populations d'immigrants à risque et pour valider certains des résultats obtenus au moyen des études de modélisation, il faut disposer de données plus précises et plus complètes sur le VIH. L'incidence croissante du VIH chez les femmes immigrantes est particulièrement préoccupante (Umeh, 1997; Morrison et coll., 1999).

Des études additionnelles sont nécessaires pour définir les déterminants psychologiques, sociaux et comportementaux de la transmission du VIH, en particulier pour les infections survenant au Canada, car elles sont théoriquement évitables. Les déterminants du VIH/sida comprennent notamment les mauvaises conditions de travail et de vie et les obstacles aux soins médicaux appropriés. Toutefois, rares sont les recherches réalisées sur le rôle des réseaux de soutien social dans la prévention des comportements sexuels à haut risque. Il est urgent de mettre en place des campagnes de sensibilisation et de prévention, basées sur des données probantes et ciblant certains groupes d'immigrants en particulier.

Santé mentale

Introduction

L'arrivée et le réétablissement dans un nouveau pays occasionnent souvent une période de réajustement et de stress important (Groupe canadien, 1988; Conseil canadien de la santé multiculturelle, 1989). Certaines théories soulignent les effets négatifs et stressants du processus sur la santé, tandis que, selon d'autres, les immigrants constitueraient un groupe autosélectionné et « résilient », moins susceptible de connaître des problèmes psychologiques (Beiser, 1990; Flaskerud et Kim, 1999).

Certains des problèmes rencontrés dans l'examen des données sur la santé mentale des immigrants au fil du temps se rapprochent à ceux évoqués précédemment. Ainsi, le type et la qualité de l'information sur la santé des immigrants provenant des enquêtes provinciales et nationales sur la santé sont limités. De même, les différences de comportement quant à la recherche d'aide peuvent altérer la validité des dossiers cliniques et médicaux. La plupart des études dans ce domaine sont transversales et, si elles peuvent fournir de l'information comparative sur la santé mentale des immigrants et des populations natives, elles ne peuvent servir à examiner les modifications de la santé mentale dans le temps.

Les recherches canadiennes sur les déterminants de la santé mentale des immigrants sont plus nombreuses que celles sur l'effet de l'immigrant en bonne santé en ce qui concerne la santé mentale. Ce dernier aspect est documenté principalement par les observations du Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988), d'une étude longitudinale sur les réfugiés de l'Asie du Sud-Est (ASE) et de plusieurs études sur le suicide chez les migrants.

Dans la présente section sont passées en revue les études canadiennes sur la santé mentale des immigrants ainsi que les recherches tant canadiennes qu'étrangères sur l'évolution de la santé mentale des immigrants au fil du temps. L'examen des études canadiennes sur les déterminants de la santé mentale des immigrants est suivi d'un examen des études de la santé mentale dans certains sous-groupes d'immigrants (p.ex.,les réfugiés, les jeunes et les femmes).

Recherches canadiennes

En 1986, le Groupe canadien chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés a passé en revue les données issues de plus de 1 000 travaux de recherches au niveau national et international. Environ la moitié de ces études font état de taux plus élevés de détresse chez les immigrants que chez les résidents natifs, tandis que l'autre moitié rapporte soit que les immigrants et les réfugiés ont les mêmes taux de troubles mentaux que leurs homologues de la majorité culturelle, soit ont des taux inférieurs. Le Groupe canadien en conclut que ce n'est pas la migration en soi, mais plutôt les impondérables entourant le déplacement et la réinstallation qui déterminent la santé mentale des immigrants et des réfugiés (Groupe canadien, 1988). Cette théorie est évoquée de manière plus détaillée dans la prochaine section.

Le Projet de réinstallation des réfugiés (PRR) est une étude longitudinale de 10 ans portant sur le réétablissement et la santé mentale des réfugiés d'ASE au Canada. Le PRR a commencé en 1981 avec un échantillon aléatoire d'un individu sur trois comprenant 1 348 réfugiés qui s'étaient réétablis à Vancouver entre 1979 et 1981. Deux ans plus tard, 86,7 % des individus de l'échantillon d'origine ont participé à l'enquête de suivi de la deuxième phase, et 62,5 % d'entre eux ont été localisés après 10 ans. Au moment de la première enquête, les taux de dépression chez les réfugiés étaient équivalents à ceux des communautés nord-américaines de la culture majoritaire. Toutefois, les réfugiés qui vivaient au Canada depuis 10 à 12 mois au moment de l'enquête ont obtenu des résultats supérieurs aux autres sur l'échelle de dépression, ce qui indiquerait que certaines phases du réétablissement sont caractérisées par un risque accru pour la santé mentale. Après une décennie, les taux de dépression étaient largement inférieurs dans la population à l'étude à ceux de la population générale. Durant cette période, les caractéristiques de la population présentant le risque le plus élevé de dépression ont connu également certains changements. Ainsi, durant les premières années du réétablissement, ce groupe était constitué de jeunes hommes. Par la suite, les personnes âgées sont devenues de plus en plus vulnérables aux problèmes de santé mentale, proportionnellement à leur durée de séjour au Canada (Beiser et coll., 1994; Beiser et Hyman, 1997; Beiser, 1999).

Comme le processus de migration est souvent source de stress, on a également utilisé les taux de suicide comme indicateurs de la santé mentale des migrants. De surcroît, plusieurs communautés de nouveaux arrivants ont estimé que le suicide était un problème particulièrement délicat et critique. Une étude de migration effectuée par Kliewer et Ward (1988) a examiné les facteurs ayant influencé les taux de suicide entre 1969 et 1973 chez 25 groupes d'immigrants au Canada. Leurs résultats, fondés sur les taux de suicide normalisés selon l'âge, semblent indiquer que les taux de suicide des immigrants convergent vers ceux de la population native du pays de destination. Chez les immigrants provenant de pays à faible risque (c'est-à-dire dont les taux de suicide sont inférieurs à ceux du Canada), les taux ont augmenté pour rejoindre ceux du Canada, tandis qu'ils ont diminué chez les immigrants des pays à haut risque. On a également noté une

relation positive entre la durée du séjour et le degré de convergence. Une étude subséquente a confirmé ces résultats et a indiqué de plus que la migration pourrait être plus néfaste pour les femmes que pour les hommes (Kliewer, 1991). Strachan et coll. (1990) ont examiné les taux de suicide dans la population canadienne de naissance et chez les immigrants de première génération et observé que dans chaque groupe d'âge, sauf chez les plus de 65 ans, les taux de suicide sont plus élevés dans le groupe canadien de naissance. Seules les femmes immigrantes de première génération présentent des taux de mortalité par suicide supérieurs à ceux de leurs homologues canadiennes de naissance.

Recherches internationales

Comme nous l'avons mentionné, les résultats des études internationales sur la santé mentale des immigrants sont mitigés. Certaines études rapportent des effets psychologiques négatifs de la migration sur la santé mentale, tandis que, selon d'autres, les immigrants seraient en meilleure santé mentale que leurs homologues natifs du pays d'accueil. Ainsi, des études sur les immigrants mexicains aux États-Unis ont révélé que, dans ce groupe, la prévalence de la dépression et du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) était significativement inférieure à celle des individus d'origine mexicaine nés aux États-Unis (Burnam et coll., 1987a; Escobar, 1998).

La recension des écrits portant sur les problèmes de santé chez les immigrants accueillis par l'Union européenne permet également de relever des preuves d'une évolution des problèmes de santé mentale avec le temps, essentiellement durant les cinq premières années (Carballo et coll., 1998).

Déterminants de la santé mentale

Généralement, les théories de la transition et de l'adoption décrivent l'immigration comme un processus commençant par une période initiale de joie et de soulagement, suivie d'une période caractérisée par les regrets, des sentiments de perte et des difficultés d'adaptation et se terminant finalement par un stade d'acceptation et de réorganisation (Adler, 1975; Pedersen, 1995; Smart et Smart, 1995). Selon un modèle populaire, le risque de maladie mentale n'est pas particulièrement élevé immédiatement après le réétablissement dans un pays étranger, mais augmente après une période initiale d'« incubation » (Beiser et Hyman, 1997). D'après les études cliniques et transversales, cette période de risque se situe durant les 10 à 24 premiers mois après l'arrivée, après quoi les risques diminuent (Beiser, 1988; Beiser et coll., 1989). Dans une étude des problèmes psychiatriques chez les immigrants iraniens au Canada, on observe des stades d'adaptation similaires, commençant par l'excitation et l'euphorie, suivies de difficultés d'adaptation (2 à 3 ans après l'arrivée) et d'une somatisation (Bagheri, 1992).

D'après le Groupe canadien (1988), aucun facteur intrinsèque au processus de migration et de réétablissement ne menace la santé mentale. Ce sont plutôt les impondérables entourant l'expérience du réétablissement qui déterminent les risques d'apparition d'un problème de santé mentale. Ces impondérables, d'après le modèle de processus de stress adapté à l'expérience des immigrants (Beiser, 1990), comprennent les atouts personnels, les stress antérieurs et postérieurs à la migration et la disponibilité d'un soutien familial et communautaire. Les stress pré-migration, tels que les expériences de catastrophe, l'internement dans un camp de réfugiés, et

les stress post-migration tels que la pauvreté, le chômage et la séparation familiale, éléments fréquents du processus de réétablissement des réfugiés, mettent en péril la santé mentale. Les ressources personnelles telles que la connaissance de la langue du pays hôte, la fierté ethnique et les attitudes positives relativement à l'acculturation, ainsi que les ressources sociales, comme le soutien de la famille et de la communauté ethnique et l'accueil positif par la société du pays hôte, non seulement exercent un effet bénéfique sur la santé mentale, mais peuvent atténuer l'impact des expériences stressantes. Les caractéristiques socio-démographiques, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'instruction et l'ethnicité, influent sur la probabilité d'être exposé à des situations stressantes, tout comme la disponibilité de ressources personnelles et sociales.

Les relations entre les éléments imprévus et la santé mentale sont présentées sous forme de schéma dans le modèle de réétablissement des réfugiés (figure 1).

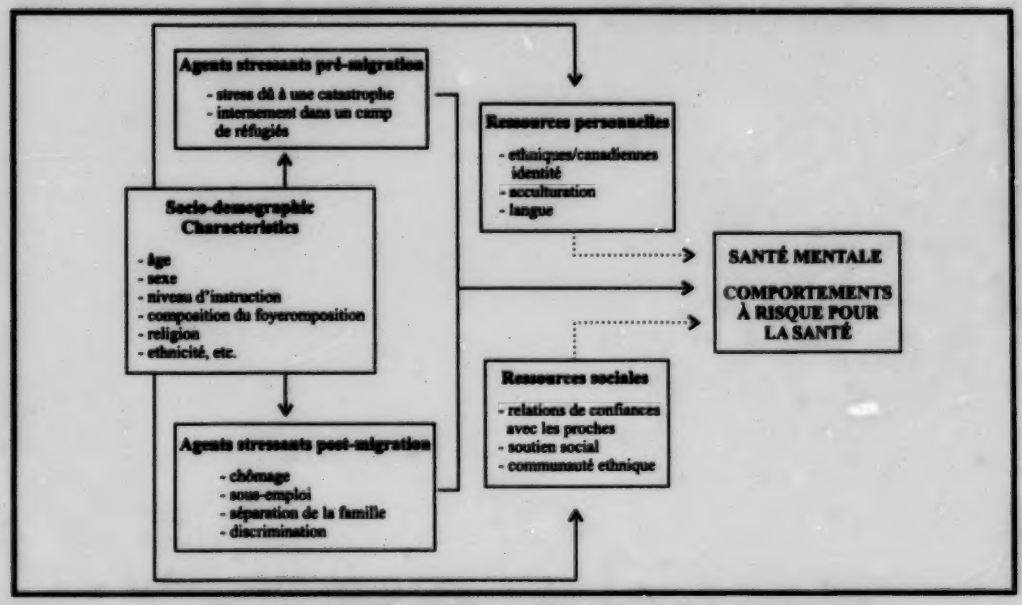

Figure 1 : Modèle relatif aux déterminants de la santé mentale

Nota : Les lignes pleines indiquent un effet direct, tandis que les lignes pointillées évoquent la possibilité d'une modification de l'effet.

D'après Beiser M. 1990. Migration: opportunity or mental health risk. Triangle 29 (2/3).

Les données du PRR ont été utilisées pour examiner bon nombre de ces relations. Les facteurs pré-migration ont principalement un impact sur la santé mentale immédiatement après l'arrivée (Beiser et coll., 1989); toutefois, l'impact des facteurs post-migration tels le chômage se fait surtout ressentir 10 à 12 ans après l'arrivée (Beiser et Hou, document de travail). En 1991, le taux de chômage chez les réfugiés d'ASE était inférieur à la moyenne nationale (respectivement 8 % et 10,3 %); toutefois, les réfugiés qui ne travaillaient pas faisaient graduellement partie d'un groupe caractérisé de manière chronique par le chômage, la pauvreté et la dépression. Selon d'autres études, le chômage devient davantage une menace importante pour le bien-être mental

avec le temps (Westermeyer, 1989; Aycan et Berry, 1996). Toutefois, indiquent certains chercheurs, les réfugiés d'ASE qui ont pu faire venir les membres de leur famille au Canada verraient leur santé mentale s'améliorer (Beiser et coll., 1993).

Les ressources personnelles incluent la connaissance de la langue, l'acculturation et l'identité ethnique/canadienne. Si des améliorations dans la connaissance de l'anglais sont visibles au cours du temps, aucune relation directe n'a été observée avec la santé mentale. On a posé comme hypothèse l'existence d'un lien linéaire tant négatif que positif entre le niveau d'acculturation et la santé mentale (Rogler et coll., 1991; Acedevo, 2000), la faible acculturation imputable au manque de connaissance de la langue du pays hôte ayant été associée à l'isolement social et à une piètre estime de soi. Toutefois, une acculturation plus marquée peut avoir pour conséquence l'aliénation des soutiens traditionnels, l'internalisation des convictions négatives de la société hôte et une exposition accrue tant sociale qu'écologique au risque associé à la consommation accrue d'alcool et de drogues (Rogler et coll., 1991). La relation entre l'identité ethnique et l'estime de soi peut également être soit positive soit négative, selon le statut social du groupe ethnique auquel un individu s'identifie. Selon Berry (1995), les membres de groupes minoritaires qui choisissent de conserver leurs caractéristiques et leur identité culturelles et qui, simultanément, s'intègrent au cadre sociétal plus large, présentent les meilleurs résultats sur le plan de la santé mentale.

De nombreuses études indiquent que le soutien offert par une communauté du même groupe ethnique est associé à des résultats positifs pour la santé mentale, mais que cet effet peut se dissiper avec le temps (Beiser, 1988; Beiser et coll., 1989). Ainsi, d'après les données du PRR, les réfugiés chinois sont au départ avantagés par rapport aux réfugiés non chinois sur le plan de la santé mentale. Toutefois, les immigrants non chinois s'intègrent à l'ensemble de la société et apprennent l'anglais plus rapidement (Beiser, 1999). Selon Escobar (1998), la meilleure santé mentale des immigrants nés au Mexique relativement à leurs homologues américains pourrait s'expliquer par un effet « protecteur » ou « tampon » de leur culture traditionnelle. La conservation des traditions culturelles pourrait également contribuer à des habitudes plus saines (p.ex., meilleure alimentation et incidence moins élevée de toxicomanie), lesquelles pourraient être associées à de meilleurs résultats pour la santé et la santé mentale.

Il semble peu plausible que les politiques de réétablissement qui prônent la dispersion géographique des immigrants soient efficaces. En fait, d'après une recension des écrits, ces politiques contribuent souvent à l'isolement et freinent l'intégration sociale (Carballo et coll., 1998).

Enfin, la meilleure santé mentale des réfugiés au Canada et des immigrants aux États-Unis originaires d'ASE a également été attribuée à des effets de sélection (en d'autres termes, les réfugiés d'ASE choisis pour se réétablir au Canada constituaient probablement un groupe exceptionnel sur le plan de la santé et des ressources) (Beiser et Hyman, 1997; Escobar, 1998; Beiser, 1999).

Sous-groupes d'immigrants – Enfants et jeunes

Les recherches sur les enfants immigrants et réfugiés sont insuffisantes et leurs résultats sont incohérents et parfois contradictoires (Beiser et coll., 1995). Une recension des publications dans ce domaine a permis de trouver des rapports sur des échantillons d'individus dans un cadre thérapeutique ou dans de petites communautés, selon lesquels les enfants immigrants et réfugiés courent un risque plus élevé d'abus d'alcool, de toxicomanie, de délinquance, de dépression, de SSPT et de psychopathie que leurs homologues du pays hôte (Beiser et coll., 1995). Par opposition, d'après certaines enquêtes menées dans de grandes communautés, le taux de troubles psychiatriques chez les enfants immigrants ne serait pas supérieur à celui des Canadiens de naissance. Selon d'autres études, comparativement à ceux de la culture majoritaire, les étudiants originaires d'ASE obtiennent des résultats supérieurs à la moyenne aux tests nationaux et sont moins nombreux à être renvoyés de leur établissement scolaire ou à décrocher.

Peu d'études longitudinales ont examiné les changements de la santé mentale des enfants et des jeunes au fil du temps. Le seul aspect de la santé mentale pour lequel a été établi un risque accru de psychopathologie en relation avec la durée du séjour est l'usage et l'abus de substances. Les études transgénérationnelles ont montré une augmentation de l'utilisation des drogues illicites par les jeunes de deuxième et troisième génération, notamment ceux qui rencontrent des problèmes liés à l'acculturation ou à l'identité (Cheung, 1993; Guarnaccia et Lopez, 1998).

Les données de l'ELNEJ ont été utilisées pour étudier la relation entre pauvreté et santé mentale chez les enfants immigrants de fraîche date au Canada (Beiser et coll., à paraître). Les enfants immigrants (4 à 11 ans) qui vivent au Canada depuis moins de 10 ans présentent des taux de problèmes de santé mentale (c'est-à-dire troubles des conduites, hyperactivité et troubles affectifs) inférieurs à ceux des enfants de la population canadienne en général, en dépit du fait que plus de 30 % des familles de nouveaux immigrants sont pauvres comparativement à 13,2 % des familles canadiennes de naissance. Des caractéristiques parentales et familiales connexes, telles que la dépression, le statut de famille monoparentale et le disfonctionnement de la famille influent sur l'effet de la pauvreté sur la santé mentale. Selon la conclusion de l'étude, chez les nouveaux immigrants, le problème de la pauvreté ferait partie du processus de réétablissement et finirait par être surmonté; il ne serait pas l'aboutissement d'un « cycle de désavantage » comme dans la population générale. Si de nombreuses familles d'immigrants rencontrent des difficultés durant leur première décennie au Canada, le revenu moyen des immigrants finit par être égal et parfois supérieur à celui de la population nationale (deVoretz, 1995).

Toutefois, d'après les études recensées, le risque de problème de santé mentale pourrait être plus élevé chez les enfants réfugiés que chez ceux des autres catégories d'immigrants (Tousignant, 1997). Une étude effectuée en 1991–1993 auprès de 204 adolescents de familles de réfugiés à Montréal rapporte des taux de dépression et d'anxiété une fois et demie à deux fois plus élevés dans le groupe des réfugiés que les taux obtenus à partir des données de l'ESQ. On pense que les traumatismes antérieurs, les conditions de vie dans les camps de réfugiés et l'éloignement de la famille pendant plus d'un an produisent des effets à long terme sur la santé mentale des enfants (Tousignant, 1997).

Dans le cadre du Projet des jeunes réfugiés (PJR), on a comparé la santé mentale de 281 jeunes réfugiés d'ASE (âgés de 10 à 20 ans) dont les parents avaient participé au PRR, et celle d'un échantillon de jeunes réfugiés d'autres pays vivant dans le même quartier. Les résultats indiquent des taux de dépression significativement plus élevés dans le groupe d'ASE que dans le groupe témoin. Les facteurs de stress post-migration, principalement les expériences de vie négatives, étaient significativement associés à ce résultat. On a effectué des entrevues détaillées auprès des jeunes d'ASE afin de cerner plus précisément ces expériences. Il s'agissait notamment de problèmes de communication à l'école, de conflits intergénérationnels à la maison, de l'ambivalence quant à l'identité ethnique et de la discrimination perçue (Hyman et coll., 2000b). La connaissance de l'anglais, la disponibilité d'un soutien social familial et non familial et une forte identité tant ethnique que canadienne étaient associées à une bonne santé mentale et à la réussite scolaire (Beiser et Hyman, 1998).

D'autres recherches se sont intéressées aux déterminants de la santé mentale des enfants d'immigrants et de réfugiés. Une étude des besoins des jeunes immigrants (âgés de 16 à 20 ans) a été réalisée par le Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration (CERIS) (Anisef et Kilbride, 2001). On y retrouve une recension des écrits et des entrevues individuelles approfondies. Le rapport final indique que la stabilité familiale et la « résilience » ethnique ont un impact significatif sur la santé mentale des enfants immigrants. Il met également en lumière certains des principaux facteurs de stress auxquels sont confrontés les jeunes arrivants, principalement d'ordre linguistique. Les multiples facteurs de stress interreliés rencontrés par les jeunes immigrants et réfugiés au chapitre de l'école, de la famille et de l'identité ethnique sont bien connus (Beiser et coll., 1995; Hyman et coll., 2000a, b). Le rapport conclut que l'intervention précoce dans l'éducation des enfants nouvellement arrivés a une influence déterminante sur leur bien-être ultérieur. Selon d'autres recherches, les programmes favorisant l'intégration et la stabilité familiale jouent un rôle décisif, notamment pour prévenir l'abus de substances (Carballo et coll., 1998).

En résumé, d'après les résultats des études examinées, les enfants d'immigrants ne rencontrent pas de problèmes de santé mentale plus graves que ceux des non-immigrants. Toutefois, les risques semblent être plus élevés dans certains sous-groupes (p.ex.,enfants de réfugiés).

Réfugiés

D'après les études recensées, les réfugiés ayant vécu des événements traumatisants comme la guerre, la famine et la migration forcée courent un risque accru de problèmes de santé mentale, notamment de dépression durable, de SSPT et de suicide (Lin, 1986; Stein, 1986; McSpadden, 1987; Boehnlein et Kinzie, 1995).

Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) est un problème de santé mentale qui peut être présent chez les réfugiés. Le SSPT est un trouble anxieux caractérisé par des symptômes particuliers, qui apparaissent si l'individu a été directement et personnellement exposé à un événement faisant intervenir la mort ou une menace de mort ou une lésion grave, s'il a été témoin de cet événement ou s'il a appris qu'un tel événement a été vécu par un membre de sa famille ou un proche. Les symptômes caractéristiques sont la reviviscence de l'événement traumatique (pensées et cauchemars répétitifs), l'évitement des stimuli associés à l'événement et

un émoussement de la réactivité générale (p.ex.,baisse d'intérêt envers les personnes et les activités). La prévalence du SSPT pourrait atteindre 90 % chez les groupes fortement traumatisés, tels les Cambodgiens et le syndrome peut persister pendant de nombreuses années après la migration (Kinzie et coll., 1990; Hauff et Vaglum, 1994; Sack et coll., 1994).

Outre les données du PRR, peu d'études canadiennes se sont penchées sur l'évolution de la santé mentale des réfugiés dans le temps.

Femmes

D'après les observations du Groupe canadien (1988), les femmes immigrantes et réfugiées ont davantage de besoins en santé mentale que leurs homologues masculins. Toutefois, peu d'études canadiennes portent sur l'évolution de l'état de santé mentale des femmes immigrantes au Canada. Franks et Faux (1990) rapportent un taux élevé de dépression chez les femmes appartenant à quatre groupes ethniques (originaires de Chine, du Vietnam, du Portugal et d'Amérique latine). Les taux les plus bas sont observés chez les immigrantes les plus récemment établies, ce qui pourrait indiquer que les difficultés passées d'un groupe rendent ses conditions de vie actuelles apparemment plus tolérables à court terme. Une recension des publications sur la grossesse et la santé mentale fait état de taux élevés de dépression post-partum chez les femmes immigrantes (Vissandjee et coll., à paraître). D'après une recension récente des recherches canadiennes sur la santé des femmes immigrantes et réfugiées, les symptômes psychiatriques attribuables aux traumatismes et aux traumatismes multiples tels que le viol constituent un problème de santé mentale important chez de nombreuses femmes réfugiées (Mulvihill et Mailloux, 2000).

Bon nombre des déterminants du bien-être mental des femmes immigrantes canadiennes sont de nature systémique et comprennent notamment les obstacles culturels, linguistiques, économiques et informationnels à l'accès aux soins, le caractère inadéquat du soutien social et la violence (Sodhi, 1995; Bottorff et coll., 1998; George, 1998; Hyman et coll., 2000c; Mulvihill et Mailloux, 2000). Vissandjee et coll. (à paraître) se sont intéressés au rôle des fardeaux multiples et du stress. Cependant, les effets des déterminants tels que la discrimination, les tensions attribuables au rôle traditionnellement imparti aux femmes, la marginalisation dans l'emploi et la situation défavorable en matière d'éducation restent des sujets pratiquement inexplorés (Oxman-Martinez et coll., 2000). Selon d'autres auteurs, il faudrait s'intéresser davantage à la capacité des femmes immigrantes de conserver leur bien-être et leur santé mentale en dépit de l'adversité, ainsi qu'à la manière dont les facteurs d'isolement tels que l'organisation du quartier, le climat, les tâches domestiques et le manque de possibilités d'emploi influent sur leur santé mentale (Dossa, 1999; Tastsoglou et Miedema, 2000).

Sommaire

Les travaux recensés fournissent des éléments de preuve non concluants quant à l'effet de l'immigrant en bonne santé, considéré sous l'angle de la santé mentale. Selon les études du PRR et les travaux sur le suicide, après une période de risque initiale, la santé mentale des immigrants s'améliore progressivement, amélioration qui persiste souvent jusqu'à la deuxième génération. Toutefois, d'après d'autres études, certains sous-groupes, notamment les réfugiés (enfants et adultes), les personnes âgées et les femmes, courent un risque accru de problèmes de santé mentale après la migration.

Les limites d'ordre méthodologique et la prépondérance des recherches portant sur une ethnie en particulier (p.ex., les réfugiés d'ASE) empêchent toute généralisation des observations mentionnées dans la présente section à l'ensemble des groupes d'immigrants. Il importe d'entreprendre davantage d'études longitudinales sur la santé mentale des adultes et des enfants immigrants et réfugiés au Canada et de s'intéresser à l'évolution des déterminants de la santé mentale en fonction du temps chez ces individus.

Santé périnatale

Introduction

Dans la présente section sont recensées les publications sur l'état de santé périnatale (mère/enfant) des immigrantes et des réfugiées. Les principaux paramètres de la santé périnatale sont les taux de mortalité infantile et périnatale, l'insuffisance pondérale à la naissance (IPN), la prématurité et certains comportement liés aux soins du nouveau-né (p.ex., allaitement).

Les taux de mortalité infantile et périnatale servent à mesurer le développement économique et social d'une population. Les taux de mortalité infantile indiquent le nombre de décès de nourrissons (moins d'un an) par rapport au nombre total de naissances vivantes au cours d'une année, tandis que les taux de mortalité périnatale rapportent le nombre de décès de nourrissons (moins d'un mois) au nombre total de naissances vivantes par année. Le poids de l'enfant à la naissance est considéré comme le facteur exerçant la plus grande influence sur la mortalité néonatale et est un déterminant significatif de la mortalité infantile post-néonatale, ainsi que de la morbidité chez les nourrissons et les enfants (Michielutte et coll., 1992). On entend par insuffisance pondérale à la naissance tout poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes. Les causes de l'IPN sont multifactorielles et comprennent notamment la race et l'ethnicité, la taille et le poids de la mère, la morbidité générale et les comportements face à la santé, par exemple le gain de poids durant la grossesse, l'apport calorique, le tabagisme et la consommation d'alcool, le soutien social et le stress (Oakley et coll., 1982; Norbeck et Peterson Tilden, 1983; Newton et Hunt, 1984; Kramer, 1987; Reeb et coll., 1987; Hyman et Dussault, 1996). Il a été établi que les attitudes à l'égard des soins de l'enfant, par exemple l'allaitement, ont une incidence sur l'état de santé du nourrisson.

Recherches canadiennes

Peu d'études canadiennes ont examiné les taux de mortalité infantile ou périnatale des immigrants comparativement à ceux des non-immigrants, ou au sein d'une population d'immigrants ou d'un groupe ethnique. On étudie actuellement les données d'une étude portant sur 3 000 femmes immigrantes et réfugiées qui ont accouché à l'Hôpital Saint-Joseph de Toronto, le plus important centre d'accouchement régional fréquenté par le plus faible pourcentage de femmes canadiennes de naissance en Ontario. Les taux de mortinaissance et de mortalité néonatale seront examinés chez les femmes immigrantes selon leur pays d'origine et la durée de leur séjour au Canada (Ford-Jones, CP). Wen et Kramer (1997) ont utilisé des données secondaires pour comparer la mortalité périnatale des femmes blanches et celles de la communauté chinoise. Le plus faible taux de mortalité périnatale observé dans le groupe ethnoculturel chinois rejoint les observations rapportées dans d'autres études et est imputé à une répartition favorable des poids à la naissance et à un plus faible risque d'exposition aux facteurs associés au décès périnatal.

Deux études se sont penchées sur la prévalence de l'IPN et de la prématurité chez les femmes immigrantes au Québec. Doucet et coll. (1992) se sont appuyé sur les données recueillies par le personnel infirmier des CLSC durant les visites post-natales pour déterminer si le risque d'IPN et de prématurité était plus élevé chez les mères d'origine étrangère que chez les Canadiennes, et pour évaluer l'incidence de la durée du séjour sur l'issue de la grossesse. Au total, 2 913 naissances vivantes simples ont été incluses dans le modèle de régression logistique. Les chercheurs concluent que les mères d'origine étrangère ne sont pas confrontées à un risque supérieur d'IPN ou de prématurité que les Canadiennes de naissance et qu'il n'existe aucun lien significatif entre la durée du séjour et l'issue de la grossesse. D'après les résultats de la deuxième étude, le risque d'IPN chez les femmes immigrantes pourrait varier selon leur degré d'acculturation (Hyman et Dussault, 1996). À partir des certificats de naissance du Québec (1979–1988), on a constitué deux cohortes de naissances pour tenir compte des effets des grossesses répétées. Dans les deux cohortes de naissances, on a observé des taux d'IPN à terme significativement supérieurs chez les femmes présentant une plus forte acculturation, mesurée au moyen de deux variables, le lieu de naissance (Canada/autre pays) et la connaissance de l'anglais ou du français (oui/non).

Edwards et Boivin (1997) ont comparé les différences sur le plan des attitudes à l'égard des soins de l'enfant chez les immigrantes récentes (moins de 3 ans au Canada) et les immigrantes de plus longue date (plus de 3 ans au Canada) à l'aide des données recueillies auprès de participantes recrutées dans cinq hôpitaux régionaux de la région d'Ottawa-Carleton. Si l'on n'observe aucune différence significative entre les deux groupes sur le plan de l'attitude à l'égard des soins de l'enfant, certaines variations sont visibles au chapitre des variables maternelles associées à ces attitudes. Dans le groupe des immigrantes les plus récentes, une interaction significative entre le statut relatif à l'immigration et la parité indique qu'une grossesse antérieure a un effet protecteur pour les femmes réfugiées. Selon l'hypothèse des chercheurs, le manque d'expérience des femmes primipares pourrait entraîner une diminution de l'auto-efficacité, un manque de connaissance sur les soins aux nourrissons favorables pour la santé et une insuffisance du soutien familial dans le cas de comportements tels que l'allaitement prolongé. Toutefois, d'après les données de l'ENSP et de la NLSCY, les mères qui se déclaraient

immigrantes et celles qui parlaient une langue autre que l'anglais et (ou) le français étaient plus nombreuses à allaiter que leurs homologues non immigrantes anglophones ou francophones (Maclean, 1998; Santé Canada, 1999a). Une autre étude, effectuée à Ottawa, confirme que les femmes qui parlent d'autres langues sont plus nombreuses à allaiter que les mères anglophones (Green-Finestone et coll., 1989). Toutefois, ces taux d'allaitement au Canada n'ayant pu être comparés avec les valeurs enregistrées dans les pays d'origine des sujets de l'étude, on ne peut établir avec certitude si les taux d'allaitement ont diminué ou augmenté après la migration.

Au Québec, on a recueilli certaines données sur les changements perçus relativement à l'état de santé après la migration à l'aide d'entrevues exploratoires menées auprès de 91 mères immigrantes (Battaglini et coll., 1999). La majorité des répondantes n'ont perçu aucun changement dans leur état de santé après l'immigration. Toutefois, quelque 19 % d'entre elles ont signalé une amélioration de leur santé qu'elles attribuent à une alimentation plus saine, des conditions de vie meilleures et un sentiment de sécurité accru. Au moins un quart des répondantes ont fait état d'une détérioration de leur état de santé. Ce phénomène tiendrait principalement à la séparation familiale et au stress, mais aussi au manque de choix d'aliments sains et au climat.

D'après certaines études, le risque d'issue défavorable de la grossesse pourrait être plus élevé chez les femmes réfugiées. Une évaluation de l'état de santé de 59 femmes réfugiées enceintes ayant demandé l'asile au Canada rapporte des cas d'infection urinaire, de candidose, de gale, de poux, d'otite moyenne, de parasites intestinaux, d'autres infections évitables par la vaccination, de faible gain de poids durant la grossesse, d'anémie et de mutilation des organes génitaux féminins rendant impossible l'examen pelvien dans ce groupe (Kahler et coll., 1996). Toutefois, on n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces conditions sont observées chez les femmes réfugiées au Canada ou persistent après la migration. D'après les données préliminaires obtenues par Ford-Jones et coll. (2000), les taux d'hépatite B et de rubéole sont plus élevés chez les femmes réfugiées enceintes que chez leurs homologues canadiennes et, souvent, ces maladies ne sont dépistées que 10 ans après la migration.

Recherches internationales

De nombreuses études européennes font état d'une association négative entre immigration et état de santé (Carballo et coll., 1998). Ainsi, les femmes immigrantes en France et en Grande-Bretagne présenteraient des risques plus élevés de mortalité et de morbidité périnatales que leurs homologues originaires du pays hôte (Donovan, 1984; Huraux-Rendu et coll., 1984; Stengel et coll., 1986; Balajaran et Botting, 1989). Toutefois, la mortalité périnatale varierait selon l'ethnicité et le pays d'origine. Par exemple, au Royaume-Uni, plusieurs études rapportent des taux de mortalité périnatale plus élevés chez les nouveau-nés d'immigrants originaires du Pakistan et des Caraïbes (Balajaran et Botting, 1989; Chitty et Winter, 1989; Carballo et coll., 1998). En Belgique, les taux de mortalité périnatale et infantile culminent chez les nouveau-nés de femmes originaires du Maroc et de la Turquie. En Allemagne, les taux de mortalité périnatale et néonatale sont plus élevés dans les groupes originaires de l'étranger, notamment chez les enfants nés de mères d'origine turque. Toutefois, rares sont les études européennes qui précisent si les écarts de mortalité persistent lorsque la durée du séjour dans le pays hôte augmente, ou chez les femmes de la deuxième génération. En outre, la plupart de ces travaux ne tiennent pas

compte des conditions socio-économiques défavorables, un déterminant primordial de l'issue de la grossesse.

Dans leur recension des publications sur l'immigration et la santé des réfugiés, Walker et Jaranson (1999) citent plusieurs études indiquant que les taux de porteurs de l'hépatite B chez les immigrants et les réfugiés de première génération aux États-Unis sont restés comparables à ceux des individus du pays d'origine. À défaut de vaccination, les jeunes enfants dont la mère est porteuse présentent une probabilité de contracter l'infection supérieure à 85 %.

Les résultats des recherches sur l'immigration et l'IPN manquent nettement de cohérence. La plupart des études européennes font état de taux d'IPN plus élevés parmi les immigrantes que parmi les femmes originaires du pays hôte. Ainsi, en Grande-Bretagne, on observe une proportion de cas d'IPN chez les nourrissons nés de mère immigrante supérieure à celle des enfants dont la mère est britannique (Balarajan et Botting, 1989). En Espagne, l'IPN est plus répandue parmi les femmes immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Amérique centrale et du Sud (Carballo et coll., 1998). Toutefois, dans les études transgénérationnelles américaines comparant l'issue de la grossesse chez les mères d'origine asiatique, hispanique et noire nées aux États-Unis et à l'étranger, on observe systématiquement que les taux d'IPN chez les mères nées à l'extérieur des États-Unis sont bien inférieurs à ceux de leurs homologues américaines de naissance (Shiono et coll., 1986; Cabral et coll., 1990; Rumbaut et Weeks, 1996). C'est ce que l'on a appelé une « énigme de santé publique », car bon nombre de ces femmes immigrantes vivent dans des conditions socio-économiques défavorables et présentent des facteurs de risque maternels multiples tels que famille nombreuse, faible espacement des naissances et recours tardif aux soins prénatals.

Plusieurs études mettent en évidence une baisse des taux d'allaitement maternel chez les femmes immigrantes après l'immigration, comparativement aux taux dans leur pays d'origine (Ghaemi-Ahmadi, 1992; Tuttle, 2000). Dans une étude portant sur les femmes immigrantes d'ASE en Californie, 94 % des femmes indiquaient allaiter leur nourrisson uniquement au sein dans leur pays d'origine, alors que seulement 22,4 % de ces mêmes femmes le faisaient aux États-Unis. En outre, 3,8 % seulement des femmes enceintes prévoyaient allaiter au sein (Romero-Gwynn, 1989). Cette tendance a été observée chez les immigrantes d'origine indienne en Angleterre, ainsi que chez celles d'origine asiatique et africaine en Écosse.

Déterminants de la santé périnatale

D'après certaines études recensées, les changements observés sur le plan des paramètres de la santé périnatale après la migration tiennent à une modification des facteurs de risque associés à ces paramètres, notamment les comportements liés à la santé (p.ex., alimentation, tabagisme et consommation d'alcool), le soutien social et le stress. Hyman et Dussault (2000) ont utilisé le format de l'entrevue semi-structurée auprès d'un échantillon de femmes immigrantes d'ASE pour cerner la relation entre migration et IPN. Les auteurs rapportent une association entre le degré plus élevé d'acculturation d'une part et, d'autre part, le suivi d'un régime amaigrissant durant la grossesse, un soutien social inadéquat et des expériences de vie stressantes. Dans l'étude effectuée dans le cadre du projet Culture et grossesse au Québec, 2,1 % seulement des mères immigrantes de fraîche date fumaient, comparativement à 21,2 % des mères du groupe témoin (Doucet et coll., 1996). En outre, les données de l'ENSP font apparaître une

augmentation des taux de tabagisme et de consommation d'alcool proportionnelle à la durée du séjour au Canada (Beiser et coll., 1997).

Bon nombre des études citées par Carballo et coll. (1998) avancent des hypothèses pour expliquer le changement de comportement relatif à l'allaitement maternel après la migration. Par exemple, le fait de vivre dans des collectivités comptant peu d'autres familles vietnamiennes ou de femmes expérimentées à qui demander de l'aide expliquerait pourquoi les femmes originaires du Vietnam au Royaume-Uni indiquent manquer de confiance pour commencer à allaiter et pour continuer. Les ressources octroyées sont inadéquates, car les professionnels de la santé tiennent pour acquis que les femmes issues de sociétés traditionnelles continueront d'allaiter après la migration.

D'autres études canadiennes ont recensé les facteurs de risque hypothétiques chez les femmes immigrantes enceintes, notamment l'isolement imputable à la disparition du soutien familial, le faible revenu, les difficultés de communication et les problèmes de santé mentale (Henneman et coll., 1994; Battaglini et coll., 1997, 1999). Les obstacles linguistiques, culturels et informationnels à l'accès aux soins de santé prénatals sont bien documentés (Pépin, 1990). Il semblerait également que les femmes immigrantes ne bénéficient pas de programmes d'hospitalisation de courte durée post-partum (Gagnon et coll., 1999).

Plusieurs études américaines rapportent des données qui corroborent avec une grande certitude la modification des facteurs de risque maternels et infantiles après la migration.

Dans le but d'expliquer l'issue plus favorable de la grossesse chez les femmes d'origine étrangère nées à l'étranger par rapport à leurs homologues nées aux États-Unis, Rumbaut et Weeks (1996) ont analysé les données du Comprehensive Perinatal Program (CPP) de l'Université de Californie. Cet ensemble de données comptait près de 500 variables (y compris la plupart des facteurs médicaux, nutritionnels et psycho-sociaux relevés dans les écrits comme étant des déterminants de l'issue de la grossesse) portant sur un échantillon de 1 464 femmes, nées à l'étranger et aux États-Unis, ayant accouché entre 1989 et 1991. Les résultats révèlent, en dépit de l'avantage socio-économique des mères américaines de naissance, une « supériorité sur le plan de la santé » des femmes immigrantes. Ces dernières étaient plus nombreuses à bénéficier d'un soutien social durant leur grossesse, même si leurs ressources économiques étaient faibles, et moins nombreuses à fumer, à boire de l'alcool ou à utiliser des drogues. En outre, leur régime alimentaire, même s'il présentait une insuffisance sur le plan calorique, faisait généralement une plus large place aux glucides et aux légumes plutôt qu'aux graisses, aux huiles et aux sucreries. D'autres études ont montré que les femmes d'origine hispanique, noire et asiatique nées aux États-Unis étaient plus nombreuses à adopter des comportements nocifs pour la santé, comme le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse, et moins nombreuses à allaiter que celles nées à l'étranger (Zambrana et coll., 1997; DeSantis, 1998; Acedevo, 2000).

Dans leur recension des problèmes de santé des immigrants, Flaskerud et Kim (1999) ont répertorié d'autres risques qui sont plus élevés chez les immigrants récents (degré d'acculturation inférieur) que chez les immigrants de longue date aux États-Unis. L'absence d'hygiène, de vaccins et d'immunisation dans le pays d'origine a été associée à une plus grande vulnérabilité aux maladies et aux infections infantiles.

Selon d'autres études, la durée du séjour dans le pays hôte influe sur le moment auquel on commence à recourir aux soins prénatals. Aux États-Unis, les immigrantes récentes ont recours à ces soins après le premier trimestre, tandis que les femmes immigrantes qui vivent dans ce pays depuis plus longtemps les utilisent plus tôt (Chavez et coll., 1985). Bon nombre d'études font état d'une sous-utilisation des services de santé préventifs par les immigrantes récentes (Stein et Fox, 1990; Vernon et coll., 1990; Harland et coll., 1991; Naish et coll., 1994; Haitt et coll., 1996; Luke, 1996; Meyerowitz et coll., 1998).

Sommaire

Les travaux recensés dans la présente section ne présentent que peu de données indiquant des résultats pour la santé plus défavorables chez les immigrantes que chez les Canadiennes de naissance, à l'exception peut-être du cas des femmes réfugiées. Toutefois, il faudrait entreprendre des études canadiennes transgénérationnelles afin de pouvoir comparer les données périnatales, telles que les taux de mortalité infantile et périnatale, les taux d'IPN et d'allaitement maternel chez les femmes immigrantes d'origine étrangère et nées au Canada.

L'examen des déterminants de la santé périnatale laisse croire qu'il existerait un lien entre les changements sur le plan des facteurs de risque, y compris les comportements liés à la santé, le soutien social et le stress, et l'état de santé. Les immigrants, notamment les nouveaux venus, ont plus souvent de la difficulté à avoir accès à des services préventifs (p.ex.,immunisation et soins prénatals). Il faut entreprendre davantage de recherches, d'une part pour mieux comprendre comment et pourquoi ces facteurs de risque et ces obstacles se modifient au fil du temps et, d'autre part, pour concevoir des stratégies d'intervention en santé périnatale (p.ex.,conservation d'un mode de vie sain, prévention et obstacles aux soins) qui soient adaptées à la phase de réétablissement.

Santé bucco-dentaire

Deux des principaux problèmes touchant la santé dentaire des nouveaux immigrants sont l'accès à des soins dentaires appropriés et la fluoration de l'eau, qui peut avoir été inadéquate dans leur pays d'origine; de plus, la langue, la culture, le manque d'information, les ressources financières limitées et le fait de ne pas avoir d'assurance dentaire sont autant d'entraves possibles à l'accès aux soins dentaires au Canada.

Dans leur recension des écrits dans ce domaine, Locker et coll. (1998) mettent en évidence, chez les immigrants et les réfugiés vivant dans plusieurs pays, des taux d'utilisation des services dentaires inférieurs et des taux de carie supérieurs à ceux des non-immigrants. Toutefois, peu d'études ont recueilli de l'information sur la mesure dans laquelle l'état de santé bucco-dentaire s'améliorait ou se dégradait après l'immigration.

Dans l'étude de Locker et coll. (1998), la population visée était constituée de tous les étudiants âgés de 13 et de 14 ans à l'intérieur d'un échantillon aléatoire d'écoles à North York (Ontario) en 1995–1996 (N=721). Les données ont été obtenues par le biais d'un questionnaire rempli par les répondants et d'un examen clinique. Globalement, on a observé chez les étudiants immigrants de moins bonnes habitudes d'hygiène buccale et un nombre plus élevé de gingivites avec saignements et de caries dentaires que chez les étudiants originaires du pays hôte.

Toutefois, les résultats indiquent également l'existence d'une relation entre l'état de santé bucco-dentaire et la durée du séjour au Canada; en effet, les étudiants vivant au Canada depuis six ans ou plus affichaient une meilleure santé bucco-dentaire que ceux qui avaient immigré il y a moins de deux ans. La santé dentaire des étudiants arrivés au Canada il y a six ans ou plus se rapprochait davantage de celle des Canadiens de naissance que de celle des étudiants arrivés plus récemment. D'après ces observations, l'état de santé bucco-dentaire s'améliore et les besoins en traitements déclinent graduellement.

Selon l'hypothèse des auteurs, la sélection pourrait expliquer en partie les tendances observées. Les déterminants de la santé dentaire, notamment la mobilité sociale ascendante des familles d'immigrants et (ou) l'influence des programmes de santé dentaire privés et publics depuis leur arrivée au Canada pourraient avoir également contribué à ces améliorations (Locker et coll., 1998).

On a utilisé les données longitudinales du PRR pour examiner les facteurs liés à l'acculturation intervenant dans l'évolution de l'utilisation des services dentaires au cours du temps. D'après les résultats, les facteurs structuraux, en particulier l'interaction avec la société canadienne par le biais du travail ou de la formation, augmentent de manière significative la probabilité du recours aux services de santé dentaire préventifs conventionnels, tandis que les facteurs liés à la réception, notamment le préjudice perçu, font obstacle à l'utilisation des services (Hyman, 1997).

Sommaire

Rares sont les recherches canadiennes portant sur la santé dentaire des immigrants ou de sous-groupes d'immigrants. Les facteurs influant sur l'accès, tels que l'information, les coûts et la discrimination perçue, semblent être liés avec l'utilisation des services de santé dentaire.

Diabète

Les enquêtes nationales mettent en évidence une augmentation des taux de prévalence du diabète au Canada. L'étiologie de cette maladie est multifactorielle et complexe. Il existe un lien entre le diabète et la pauvreté et d'autres facteurs de risque tels que l'alimentation, l'obésité, l'inactivité physique et le stress (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial, 1999a; Flaskerud et Kim, 1999).

Chen et coll. (1996a) ont observé une augmentation du taux de prévalence des affections chroniques, y compris le diabète, qui passe de 37 % chez les immigrants récents à 51 % chez les immigrants de longue date. La répartition du diabète par groupe racial/ethnique dans la population canadienne âgée de 12 ans ou plus serait la suivante : 3,2 % chez les Blancs, 3,8 % chez les Noirs et 5,4 % chez les Autochtones hors réserves. Toutefois, la taille des échantillons des autres groupes raciaux/ethniques était trop réduite pour permettre des estimations de la population.

Peu d'études canadiennes ou internationales portent spécifiquement sur l'évolution des tendances du diabète dans les populations immigrantes. Certains travaux ont mis en évidence une augmentation de cette maladie chez les Japonais de deuxième génération (Iunes et coll., 1994).

D'autres études se sont penchées sur certains déterminants du diabète dans les populations immigrantes et marginalisées.

Au Canada, d'après une analyse des données de l'ENSP, la prévalence du poids excessif (IMC > 25) chez les immigrants augmenterait en fonction de la durée du séjour au Canada tant chez les hommes que chez les femmes. Les immigrants asiatiques récents (depuis moins de 5 ans) des deux sexes sont moins nombreux à être obèses que leurs homologues canadiens (Cairney et Ostbye, 1999). Des entrevues pilotes menées auprès d'immigrants d'origine chinoise et sud-asiatique ont permis de déterminer que l'effritement du soutien social, l'alourdissement de la charge de travail et la régression sur le plan du statut social sont des facteurs contributifs importants de l'apparition du diabète dans cette population (Young et coll., 1999).

Les études internationales se sont également intéressées à la modification des facteurs de risque associés à l'apparition du diabète, notamment les comportements nocifs pour la santé (surtout l'alimentation), l'obésité, le soutien social et le stress. Des études sur les immigrants sud-asiatiques au Royaume-Uni ont mis en évidence dans ce groupe un lien entre le diabète et un niveau élevé de stress psychosocial, exacerbé par le statut socio-économique médiocre et les conditions de vie et de travail défavorables (Williams et coll., 1994; Greenhalgh, 1997). Aux États-Unis, on a observé des taux de diabète plus élevés que prévu chez les femmes enceintes immigrantes ou appartenant à d'autres groupes ayant modifié leur mode de vie (p.ex., activité physique et alimentation) (Flaskerud et Kim, 1999). L'internalisation des réactions au racisme serait également associée à un risque accru de diabète (Helman, 1990; Auslander et coll., 1997).

Sommaire

Il est urgent d'accroître la recherche sur le diabète ou sur ses déterminants (p.ex., le rôle du stress chronique, les changements du statut socio-économique et les comportements nocifs pour la santé) chez les immigrants canadiens.

L'acculturation et l'effet de l'immigrant en bonne santé

Introduction

L'intérêt pour les ramifications socio-psychologiques de l'adaptation des migrants a conduit de nombreux chercheurs dans ce domaine à s'intéresser à l'acculturation à titre de variable susceptible d'expliquer les changements sur le plan des taux de mortalité et de morbidité survenant après l'immigration (Zambrana et coll., 1997). La meilleure définition de l'acculturation est probablement la suivante : « un processus multidimensionnel, résultant d'un contact entre plusieurs groupes, au cours duquel des individus ayant fait leur premier apprentissage dans une culture donnée, adoptent le mode de vie caractéristique (attitudes, valeurs et comportements) d'une autre culture » (Hazuda et coll., 1988). On pense également que la nécessité de choisir entre les anciennes et les nouvelles habitudes pourrait donner naissance à quatre modes d'adaptation différents :

1. assimilation : abandon de l'identité culturelle et fusion dans la société majoritaire (exemple : le *melting pot* américain);

2. intégration : fidélité à la culture traditionnelle et, simultanément, adoption de certaines valeurs sociétales dominantes (exemple : le modèle de « mosaïque culturelle » du Canada);

3. séparation : retrait auto-imposé de la société dominante tout en conservant son identité culturelle traditionnelle;

4. marginalisation : rejet par la société dominante et effritement de l'identité culturelle (Berry et coll., 1986).

Les individus et les groupes peuvent manifester différentes attitudes vis-à-vis des quatre voies de l'acculturation et leur comportement réel peut varier en conséquence (Berry, 1997). Par exemple, les immigrants chinois intégrés peuvent choisir de résider dans des quartiers chinois plutôt que dans les banlieues.

Si elle est souvent vue comme un processus unidimensionnel et unilinéaire, l'acculturation est cependant beaucoup plus complexe (Palinkas et Pickwell, 1995; Guttman, 1999). Par exemple, deux personnes qui ont appris à parler couramment la langue du pays hôte et qui adoptent son mode vestimentaire peuvent sembler avoir atteint le même niveau d'acculturation. Toutefois, la première personne peut demeurer attachée aux valeurs et aux pratiques religieuses et autres de sa culture d'origine, tandis que la seconde choisira d'y renoncer pour se rapprocher le plus possible du Canadien moyen. L'acquisition de la langue, l'habillement, les valeurs et le respect des coutumes religieuses peuvent constituer des aspects relativement indépendants du processus d'acculturation. Le fait que la relation entre l'adoption de la culture du pays hôte et l'abandon de la culture d'origine ne soit pas réciproque, comme elle le serait dans le modèle d'assimilation stricte, indique que l'acculturation n'est pas un processus linéaire. Par conséquent, les nouveaux arrivants doivent concilier et combiner leur culture ancestrale et celle du pays hôte, créant ainsi des schémas d'acculturation divers, dont certains posent probablement des risques pour la santé alors que d'autres pourraient exercer un effet protecteur.

Trois thèmes importants se dégagent de notre relevé des publications sur l'acculturation. Tout d'abord, les niveaux et les taux d'acculturation influent sur de nombreux volets différents des activités quotidiennes : rôles sociaux, relations sociales, utilisation de la langue et préférences alimentaires (Cuellar et coll., 1980; Wells et coll., 1989; Liebkind, 1996). Par ailleurs, les niveaux et les taux d'acculturation ont des effets différentiels selon le contexte (p.ex., rejet à l'égard de la religion ou du choix du futur conjoint, assimilation en ce qui concerne l'habillement et intégration pour ce qui est de l'alimentation ou des fêtes) (Sodowsky et coll., 1991). Deuxièmement, les recherches indiquent de plus en plus que l'acculturation est un processus bidirectionnel et orthogonal, à l'issue duquel les individus acquièrent, conservent ou abandonnent des comportements et des valeurs appartenant tant à leur culture d'origine qu'à celle à laquelle ils s'adaptent (Sodowsky et Plake, 1992; Berry, 1995). Troisièmement, différentes dimensions de l'acculturation sont associées à différents types de conséquences. Ainsi, l'acquisition de la langue influe presque certainement sur le comportement politique et économique, mais a une incidence moindre sur les préférences alimentaires (Hazuda et coll., 1988).

Problèmes de mesure

Dans les recherches recensées, on constate l'absence de cohérence sur le plan des approches choisies pour évaluer le niveau d'acculturation. Bon nombre d'études s'appuient sur des paramètres substitutifs tels que scolarité, emploi salarié, urbanisation, utilisation des médias, participation politique, religion, langue, habitudes quotidiennes et relations sociales (Berry et coll., 1986), qui ne permettent pas, isolément, de rendre compte de toute la dimension du concept. La plupart des échelles élaborées pour mesurer le construct s'appuient fortement sur la langue (p.ex., préférences pour la langue du pays hôte ou connaissance de celle-ci). Outre ce volet, qui semble être à la base de toutes les études, les échelles tiennent également compte de l'utilisation ou de la préférence pour les médias du pays hôte, des valeurs, des attitudes et des pratiques culturelles, de l'identité ethnique, des schémas d'interaction sociale avec sa société d'origine et la société hôte et de la discrimination perçue (Hyman, 1997). Toutefois, bon nombre des efforts de recherche antérieurs ont probablement été compromis par une tendance à englober tous les aspects de l'acculturation en un seul indice composite, au lieu de reconnaître que l'acculturation est un processus multidimensionnel dont différents aspects peuvent influer sur différents domaines du fonctionnement individuel (Zambrana et coll., 1997).

Des variables telles que l'âge au moment de la migration, la durée du séjour et le statut générationnel, dont on a établi l'association positive avec l'acculturation, sont parfois utilisées comme paramètres substitutifs du construct. Toutefois, le recours aux caractéristiques socio-démographiques à titre de mesures plutôt que de corrélats de l'acculturation a fait l'objet de critiques (Marin, 1992). Il serait plus précis de décrire bon nombre de ces variables comme des variables médiatrices ou modératrices, puisqu'elles influencent le processus d'acculturation sans en faire intrinsèquement partie. Pour d'autres variables modératrices comme l'éducation, le revenu, l'âge et la religion occidentale, on a établi une corrélation positive avec l'acculturation (Burnam et coll., 1987b; Sodowsky et coll., 1991; Marin, 1992; Anderson et coll., 1993; Cortes et coll., 1994; Aponte et Barnes, 1995). Les résultats relatifs au sexe ne sont pas uniformes (Sodowsky et coll., 1991; Anderson et coll., 1993).

Plusieurs problèmes opérationnels ressortent de l'examen. Premièrement, il a été admis que l'acculturation ne peut être mesurée au moyen d'un seul indice ou selon une seule dimension (Sadowsky et Plake, 1992); si la langue est utilisée, on pourrait conclure, à tort, qu'une personne appartenant à une minorité culturelle qui parle, lit et écrit en anglais présente un niveau d'acculturation élevé; de même, le pays d'origine ou le statut générationnel peut ne pas refléter la nature dynamique du « processus » d'acculturation. Selon la région du pays, le quartier et l'expérience de l'immigrant, un Américain hispanique de première génération pourrait présenter un niveau d'acculturation supérieur à un Américain hispanique de deuxième ou de troisième génération (Negy et Woods, 1992). Deuxièmement, les mesures de l'acculturation englobent une combinaison de nombreux facteurs, constructs et dimensions d'ordre culturel, cognitif et comportemental, qui n'ont pas tous été clairement précisés ou répertoriés (Sodowsky et Plake, 1991). Troisièmement, les échelles d'acculturation tiennent traditionnellement pour acquis que les cultures d'origine et du pays hôte sont des domaines concurrents et mutuellement exclusifs (Ward, 1996). Dans la plupart des instruments, les répondants doivent évaluer un comportement, une valeur ou une attitude à l'aide d'une échelle de réponse unidimensionnelle, par exemple préciser s'ils préfèrent avoir des amis principalement hispaniques ou principalement

américains, mais ces instruments ne permettent pas la détermination indépendante de la mesure dans laquelle les répondants participent à chacune des deux cultures (Cortes et coll., 1994). En outre, peu d'efforts ont porté sur l'étude des qualités psychométriques des paramètres utilisés pour mesurer l'acculturation. Souvent, des paramètres disparates liés aux attitudes ou aux comportements que l'on croit associés au processus d'acculturation (p.ex., utilisation de la langue et préférence linguistique, profils de contact avec les médias ethniques et ethnicité de l'entourage) sont évalués ensemble comme s'ils constituaient une échelle (Marin, 1992).

Acculturation et modification des comportements néfastes pour la santé

Selon Berry et coll. (1986), pratiquement chaque comportement humain peut subir un changement à la suite d'une migration. Bon nombre d'études canadiennes indiquent que les comportements liés à la santé des immigrants changent au fil du temps pour se rapprocher progressivement de ceux de la culture majoritaire. Des travaux antérieurs utilisant les données de l'ENSP ont montré que les immigrants de fraîche date fumaient moins, consommaient moins d'alcool et étaient moins souvent obèses que les immigrants de longue date (plus de 10 ans) et les résidents canadiens. Une enquête sur les nouveaux arrivants à Windsor indique que les immigrants de fraîche date, hommes et femmes, consomment moins d'alcool que leurs homologues canadiens de naissance, mais que la consommation d'alcool est plus répandue chez les nouveaux arrivants plus riches et plus instruits (Matuk, 1996a). Les nouveaux immigrants sont également moins nombreux à adopter des comportements favorables à la santé tels que l'exercice physique régulier et le dépistage du cancer que leurs homologues de la culture majoritaire (Beiser et coll., 1997). D'après l'ESO, les femmes ayant immigré au Canada depuis plus de 10 ans présentent des taux de dépistage du cancer du sein et du col utérin plus élevés que les immigrantes récentes (Goel, 1994; Goel et Mercer, 1999).

De nombreuses études étrangères font également état de changements chez les immigrants sur le plan des comportements liés à la santé, particulièrement l'alimentation, la sédentarité, l'utilisation de substances et le recours aux services de santé préventifs (Flaskerud et Kim, 1999). Les immigrants en Amérique d'origine japonaise et grecque consomment davantage de graisses saturées et moins de céréales que les résidents de leur pays d'origine (Kouris-Blazos et coll., 1996; Cardoso et coll., 1997). Plusieurs études comparant les comportements liés à la santé prénatale des mères nées aux États-Unis et à l'étranger montrent que l'issue de la grossesse est plus favorable dans ce dernier groupe (Otero-Sabogal et coll., 1995; Zambrana et coll., 1997; DeSantis, 1998; Acedevo, 2000). Un niveau d'acculturation élevé a également été associé à l'adoption du dépistage du cancer chez les femmes d'origine chinoise et vietnamienne en Australie et aux États-Unis (McPhee et coll., 1997; Yi, 1998; Lesjak et coll., 1999).

Selon les tenants des modèles culturels, les croyances, les valeurs et les attitudes culturelles déterminent l'équilibre fragile entre la fidélité aux comportements traditionnels et l'adoption de nouvelles attitudes face à la santé. La conservation de la culture d'origine a été associée au maintien de comportements favorables pour la santé tels que l'alimentation traditionnelle riche en fibres, la non-consommation de tabac et d'alcool (Marmot et Syme, 1976; Scribner et Dwyer, 1989). Le « familisme », caractérisé par des sentiments de loyauté, de réciprocité et de solidarité vis-à-vis des membres de la famille, largement conservé dans de nombreuses collectivités

asiatiques, a été associé au soutien social et à d'autres comportements favorables à la santé (Sabogal et coll., 1987; Suarez, 1994; Alvidrez et coll., 1996; Acedevo, 2000).

En revanche, l'« incongruence culturelle » à laquelle sont confrontés de nombreux immigrants peut les dissuader d'utiliser des services, en particulier ceux qui sont considérés comme superflus (p.ex., services de dépistage préventif et de santé mentale). Les croyances propres à une culture au sujet de la maladie mentale et des problèmes émotionnels peuvent entraver l'accès au traitement et influer négativement sur l'évolution et l'issue de la maladie (Aponte et Barnes, 1995). La préférence pour la « congruence culturelle », à savoir le recours à des fournisseurs de soins de la même ethnie, et le choix de thérapeutes en médecine parallèle, notamment les chefs religieux et les guérisseurs, sont d'autres déterminants de l'utilisation des services recensés dans les recherches (Snowden, 1996).

Acculturation et modifications du soutien social et du stress

D'après certains auteurs, l'acculturation influe également sur la santé en raison du stress qu'elle impose ou de l'effet qu'elle exerce sur les réactions individuelles au stress (Hull, 1979; Berry et coll., 1986). Janes et Pawson (1986, 821) notent que « de nombreuses études ont produit des résultats semblant indiquer que la migration vers un nouvel environnement social et culturel peut être stressante pour certains individus, et que ce stress peut être un facteur de risque majeur d'hypertension et de maladies coronariennes ». On recense de nombreux modèles expliquant comment l'immigration et la marginalisation sont sources de stress. D'après le modèle de l'incongruence culturelle, les individus éprouvent des difficultés à s'adapter à des situations sociales et à des valeurs culturelles inconnues d'eux auparavant, ce qui engendre un stress. Selon le modèle d'incongruence sur le plan du statut, le stress découle des situations dans lesquelles un individu soit occupe un statut qui ne lui est pas familier, soit aspire à accéder à un certain statut, mais voit ses espoirs contrecarrés ou continuellement frustrés. Le niveau de stress culmine lorsque l'individu désire fortement réussir alors qu'il n'a pas les compétences requises pour y parvenir (p.ex., langue et emploi). Selon d'autres hypothèses, les événements, tels que la migration, qui engendrent des changements importants de mode de vie, de rôle ou de statut ou des conflits (p.ex., entre les valeurs de sa communauté culturelle et celles du pays hôte) sont sources de stress (Janes et Pawson, 1986). Toutefois, on pense que le soutien social atténue les effets négatifs du stress sur la santé (Marmot et Syme, 1976; Hazuda et coll., 1988).

Au Canada, les migrants appartenant à des minorités visibles sont plus nombreux à être sous-estimés au travail et à gagner des salaires inférieurs aux Canadiens d'origine européenne, même en tenant compte de facteurs tels que l'éducation (Li, 1998). Le manque de reconnaissance des titres de compétence étrangers ou de l'expérience de travail, la perte du revenu des investissements, l'isolement linguistique et les expériences de racisme et de discrimination sont autant de facteurs qui contribuent au sentiment de désenchantement qui accompagne le réétablissement au Canada (Young et coll., 1999).

Certaines études canadiennes sur l'acculturation et la santé ont montré que cette relation pouvait être expliquée par des changements au niveau du soutien social et du stress après la migration. Chez les sujets présentant un degré supérieur d'acculturation, on a observé une fréquence plus élevée des facteurs de risque habituels d'insuffisance pondérale à la naissance, notamment l'activité professionnelle intense durant la grossesse, le stress et l'insuffisance du soutien social (Hyman et Dussault, 1996, 2000).

D'après les entrevues pilotes menées auprès de répondants d'origine sud-asiatique et chinoise à Edmonton, les caractéristiques de l'expérience de la migration, notamment l'effritement du soutien social, l'alourdissement de la charge de travail et la baisse de statut social contribuent à l'apparition du diabète ou accélèrent le phénomène (Spitzer et coll., 2000).

On a également proposé des modèles pour expliquer la consommation supérieure d'alcool et de drogues par les immigrants américains. Ainsi, en vertu du modèle d'apprentissage, les immigrants apprennent ces nouveaux comportements dans le cadre du processus d'assimilation, tandis que selon le modèle du stress lié à l'acculturation, de nombreux immigrants se tournent vers un soutien artificiel lorsqu'ils trouvent l'expérience de l'immigration stressante et déconcertante (Rebhun, 1998).

Sommaire

Les changements attribuables à l'acculturation au niveau des comportements liés à la santé, du soutien social et du stress figurent parmi les déterminants de la santé qui ont été le moins explorés en relation avec l'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada.

Si certaines des recherches répertoriées semblent indiquer que différentes dimensions de l'acculturation pourraient être associées à différents types de résultats (Hazuda et coll., 1988), un nombre étonnamment faible de chercheurs ont tenté de définir quels aspects de l'acculturation se rapportent à des comportements donnés face à la santé. La faisabilité d'un modèle tridimensionnel de l'acculturation a été testée avec les données du PRR. D'après les résultats, les facteurs structurels, notamment l'interaction avec la société canadienne par le travail ou la formation, augmentent significativement la probabilité d'avoir recours à un service de santé dentaire préventif conventionnel, tandis que les facteurs liés à la réception, tels que le préjudice perçu, entravent le recours aux services. Les facteurs culturels tels que la forte prégnance ethnique ne semblent pas avoir de lien avec l'utilisation des services, mais sont fortement associés à des modifications des habitudes alimentaires (Hyman, 1997).

Utilisation des services de santé

Introduction

Il a été posé comme hypothèse que si l'effet de l'immigrant en bonne santé existe au Canada, l'USS des immigrants devrait augmenter avec le temps au fur et à mesure que leur santé décline. Les troisième et quatrième objectifs du présent rapport sont d'examiner les tendances en matière d'USS par les immigrants au Canada et de répertorier les facteurs associés.

Dans la présente section, on donne à l'USS une définition large qui inclut les services médicaux (p.ex., consultation de médecins et de spécialistes, utilisation des hôpitaux), les services de santé mentale, les services de santé préventifs et les approches de médecine complémentaire et parallèle (MCP).

On examine d'abord les publications canadiennes et internationales sur l'utilisation par les immigrants de chaque type de service de santé, avant d'utiliser le modèle d'Andersen et Newman (1973) pour examiner les éléments de preuve sur les déterminants individuels de l'USS, à savoir détérioration de l'état de santé (besoin), facteurs prédisposants et facteurs habilitants. Les principales lacunes de la recherche sont recensées dans la dernière section.

Recherches canadiennes

Les principales sources de données utilisées pour examiner l'utilisation des services de santé par les immigrants sont l'ENSP, l'ESO, l'ESQ et l'ESG ainsi que les dossiers de santé provinciaux. Quelques études ont recueilli des données primaires qui portaient principalement sur l'utilisation de services de santé mentale et préventifs.

Chen et coll. (1996a) ont utilisé les données de l'ENSP de 1994–1995 pour comparer les taux d'USS chez les immigrants et la population canadienne de naissance. Les indicateurs de l'USS comprenaient les contacts auto-déclarés avec les médecins et les dentistes, les taux d'hospitalisation et les besoins en services de santé non comblés. Peu de différences ont été observées dans les taux d'USS entre les immigrants et la population canadienne de naissance. Les taux normalisés selon l'âge des individus ayant déclaré avoir eu six contacts ou plus avec un médecin au cours des 12 mois précédant l'entrevue étaient similaires chez les immigrants et les non-immigrants ainsi qu'à l'intérieur de différents groupes d'immigrants classés par région d'origine (pays européens ou non européens) et la durée du séjour au Canada (0–10 ans, 11 ans ou plus). Tant chez les immigrants que chez les Canadiens de naissance, le revenu par ménage (faible), le sexe (féminin) et le niveau d'instruction (bas) étaient associés à une fréquence plus élevée des contacts avec un médecin. D'autres chercheurs ont observé que les individus à faible revenu présentaient des taux d'USS supérieurs à ceux ayant un revenu élevé, qu'ils soient étrangers ou natifs du pays considéré (cités dans Laroche, 2000). Chen et coll. (1996a) rapportent également des taux d'hospitalisation légèrement inférieurs chez les immigrants originaires de pays qui ne sont pas traditionnellement des pays sources (c'est-à-dire non européens) par rapport à ceux de la population canadienne de naissance (respectivement 7 % et 10 %), alors qu'ils sont comparables chez les immigrants d'origine européenne et chez les Canadiens de naissance. La majorité des Canadiens, qu'ils soient d'origine étrangère ou natifs du pays hôte, ont affirmé que leurs besoins en soins de santé étaient comblés.

Globerman (1998) a utilisé les données de l'ENSP de 1994–1995 pour examiner les différences sur le plan du recours aux professionnels de la santé entre quatre groupes d'immigrants au Canada : États-Unis/Mexique, Amérique du Sud/Afrique, Europe/Australie et Asie. Il observe des différences très minimes entre les répondants canadiens de naissance et ceux des quatre groupes susmentionnés. L'étude n'a révélé aucune différence significative sur le plan des visites aux médecins, et les Canadiens de naissance et les immigrants d'origine européenne étaient légèrement plus nombreux à consulter fréquemment des spécialistes.

Wen et coll. (1996), s'appuyant sur les données de l'ESO de 1990, ont tenté de déterminer s'il existait des différences entre immigrants et Canadiens de naissance en Ontario quant à la fréquence de consultation des médecins et des spécialistes et d'utilisation des services hospitaliers d'urgence. Globalement, le recours aux services de santé est comparable dans les deux groupes. Les immigrants et les autres groupes ethnoculturels ont rapporté un nombre légèrement plus élevé de consultations de médecins au cours des 12 mois précédant l'entrevue, un nombre similaire de consultations de spécialistes et moins de visites aux services hospitaliers d'urgence. Les immigrants récents, notamment ceux d'origine asiatique, présentaient des taux d'USS inférieurs aux immigrants asiatiques de longue date (plus de 10 ans), pour les trois catégories de services. Ces différences persistaient après avoir tenu compte des écarts sur le plan de l'âge et de l'état de santé. Toutefois, comme la taille de l'échantillon dans certains groupes d'immigrants était réduite, bon nombre de ces différences ne sont pas significatives.

Laroche (2000) a utilisé les données de l'ESG de 1985 et 1991 pour comparer l'USS chez les immigrants et les Canadiens de naissance. Il observe des taux d'USS similaires dans les deux groupes et, dans certains cas comme les contacts avec les médecins, des taux d'USS inférieurs pour les immigrants. En 1991, les immigrants étaient moins nombreux que les Canadiens de naissance à avoir consulté un médecin. On n'a observé aucune association entre le pays d'origine et la durée de l'hospitalisation ou le contact avec un spécialiste ou une infirmière, Toutefois, l'âge s'est révélé être un déterminant important de l'utilisation des services (on a observé une augmentation tant de la durée de l'hospitalisation que du nombre de contacts avec le corps médical proportionnelle à l'augmentation de l'âge dans les populations tant d'origine étrangère que du pays hôte). Contrairement aux observations de Chen et coll. (1996a), l'éducation n'apparaît pas être un déterminant de l'USS et, en 1985, les immigrants à haut revenu ont eu davantage de contacts avec les médecins que les non-immigrants.

Kliewer et Kazanjian (2000) ont eu une occasion unique d'examiner les tendances de l'USS chez les immigrants (arrivés en 1995 ou en 1996 et ayant résidé durant un an ou moins en Colombie-Britannique et au Manitoba) et les non-immigrants, en utilisant les dossiers médicaux provinciaux des congés des hôpitaux et des demandes de paiement des médecins ainsi que les données de Citoyenneté et Immigration Canada. À la différence des recherches susmentionnées, cette étude fait valoir que les immigrants ont eu 40 % moins de contacts avec les médecins que la population générale dans les deux provinces, et des taux d'hospitalisation moindres. Toutefois, comparativement à la population générale, les taux d'USS des immigrants sont plus élevés pour plusieurs affections. Ainsi, on relevait chez les immigrants de sexe masculin au Manitoba des taux substantiellement plus élevés de contacts avec les médecins pour le traitement de maladies infectieuses et parasitaires, tandis que les immigrantes consultaient plus souvent pour des

problèmes reliés à la grossesse. Les taux d'hospitalisation liés aux chirurgies oculaires étaient également plus élevés chez les immigrants. L'étude de Kliewer et Kazanjian (2000) est également unique en raison du fait qu'elle a pu examiner l'USS dans des sous-groupes d'immigrants (p.ex., pays d'origine et statut de réfugié). Ainsi, au cours de la première année d'établissement, les hommes nés au Moyen-Orient présentaient des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux de la population masculine générale du Manitoba, tandis que, chez ceux nés en Afrique du Nord et en Asie du Sud, les taux devenaient plus élevés après 7 à 12 mois d'établissement. Les taux d'USS les plus importants ont été observés chez les immigrants détenteurs d'un visa de réfugié ou de la catégorie de la famille, tandis que ceux de la catégorie économique présentaient les taux les plus bas.

Kirmayer et coll. (1996) ont étudié les comportements de recherche d'aide de 2 246 individus, comprenant des Canadiens de naissance anglophones, des Canadiens de naissance francophones, des immigrants originaires du Vietnam, des Caraïbes et des Philippines dans un quartier multiethnique de Montréal. Les auteurs rapportent des taux globaux d'USS médicaux similaires chez les immigrants (78,1 %) et les non immigrants (76,4 %). Toutefois, les taux d'USS pour les problèmes de santé mentale étaient significativement plus faibles chez les immigrants. Les immigrants étaient moins nombreux à avoir recours aux services de soins primaires en santé mentale et encore moins nombreux à être orientés vers des soins de santé mentale spécialisés ou à y recourir. Ces différences ne pouvaient pas s'expliquer par des besoins moindres ni par le recours à des praticiens de médecine parallèle.

Roberts et Crockford (1997) ont étudié les dossiers cliniques des immigrants d'origine asiatique admis dans une unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents à Calgary au cours d'une période de cinq ans. Leurs observations rejoignent celles de Kirmayer et coll. (1996) : le nombre d'immigrants asiatiques admis était de beaucoup inférieur à la valeur attendue d'après le profil démographique de Calgary. Par ailleurs, les jeunes immigrants hospitalisés étaient généralement plus âgés et souffraient de problèmes plus graves que leurs homologues canadiens de naissance.

Si Kirmayer et coll. (1996) n'ont pas observé d'association entre la durée du séjour au Canada et l'utilisation des services de santé mentale, Hyman et coll. (1997), à l'aide des données de l'ENSP, ont mis en évidence une augmentation du recours aux services proportionnelle à la durée du séjour au Canada. La proportion d'immigrants ayant parlé de santé mentale avec un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédant l'entrevue de l'ENSP passait de 3,6 % chez les immigrants au Canada depuis moins de cinq ans à 6,5 % chez les immigrants dont la durée du séjour était intermédiaire (5–9 ans), et à 7,6 % pour les immigrants de longue date (10 ans ou plus).

Des schémas de sous-utilisation similaires ont été observés en comparant l'utilisation des services de santé préventifs et des services de santé mentale des immigrants.

En se fondant sur les données de l'ESO (1990), Hyman et coll. (2000d) n'ont pas observé de différences importantes dans la proportion des immigrantes et des Canadiennes de naissance qui consultaient un généraliste pour des problèmes de santé, ni à l'intérieur de groupes de

femmes immigrantes par région d'origine (Europe occidentale, Europe de l'Est, Asie du Sud, Asie du Sud-Est, Caraïbes). Toutefois, les taux de dépistage du cancer du col utérin chez les femmes immigrantes de certaines régions (notamment l'Asie du Sud-Est) étaient bien inférieurs à ceux observés chez les Canadiennes de naissance (Hyman et coll., 2000d). À l'aide du même ensemble de données, Goel (1994) et Goel et Mercer (1999) ont déterminé que le fait d'avoir séjourné au Canada depuis moins de 10 ans et celui de parler une langue autre que l'anglais ou le français à la maison étaient des variables prédictives significatives du fait de ne jamais avoir subi de test Pap ou de mammographie. Les résultats de la Newcomer's Health Survey menée à Windsor (Ontario) et de la Toronto Chinese Health Survey, portant sur un échantillon représentatif de 720 foyers d'origine chinoise à Toronto, rapportent des tendances similaires de sous-utilisation du dépistage du cancer (p.ex., Pap, mammographie) chez les immigrantes de fraîche date et non anglophones (Matuk, 1996b; Yuan et coll., 1998).

En ce qui concerne les soins prénatals, Vissandjee et coll. (1998) recensent plusieurs études faisant état d'une faible utilisation des services par les femmes immigrantes au Québec. D'après la base de données du projet Culture et grossesse, 32 % seulement des immigrantes ont suivi des cours prénatals, comparativement à 57 % des femmes nées au Québec (Doucet et coll., 1996).

L'information quantitative sur l'utilisation des services de dépistage de la tuberculose et du VIH chez les immigrants au Canada est rare. Toutefois, comme on l'a mentionné précédemment, environ la moitié des immigrants ciblés aux fins de la surveillance de la tuberculose après leur établissement n'ont jamais contacté leur service de santé publique local.

Peu d'études canadiennes ont étudié le recours aux approches de MCP chez les immigrants. Boon et Wong (à paraître) adoptent la définition suivante des MANC, proposée par le comité chargé des définitions et descriptions du National Institute of Health :

> *« La médecine complémentaire et parallèle représente un large domaine de ressources de guérison, qui englobe tous les systèmes, toutes les modalités et les pratiques de santé ainsi que les théories et les croyances qui les accompagnent, autres que celles qui font partie intégrante du système de santé politiquement dominant d'une société ou d'une culture particulière au cours d'une période historique donnée. La MCP comprend toutes les pratiques et les idées de ce type définies par leurs utilisateurs comme visant à prévenir ou à traiter la maladie ou à promouvoir la santé et le bien-être. Les frontières à l'intérieur de la MCP et entre le domaine de la MCP et celui du système dominant ne sont pas toujours rigides ou fixes. »*

D'après les études recensées, le recours aux approches de MCP est en hausse au Canada. Selon l'ENSP de 1995–1996, on estime que 7 % des Canadiens âgés de 12 ans ou plus (1,7 million) ont indiqué recourir à une forme de soins de santé parallèles au cours des 12 mois précédant l'enquête, comparativement à 5 % des Canadiens en 1994–1995 (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999a). Les femmes étaient 1,5 fois plus nombreuses à avoir consulté des praticiens de médecine parallèle au cours de l'année précédente et les taux culminaient chez les femmes âgées de 25 à 44 ans (11 %) et de 45 à 64 ans

(10 %) (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999b). L'utilisation de ces services augmente avec le niveau d'instruction et de revenu. Chez les personnes non atteintes d'une maladie chronique, 9 % ont consulté des praticiens de médecine parallèle, comparativement à 26 % de celles qui souffrent de trois affections chroniques ou plus (Millar, 1997). Toutefois, une forte majorité de répondants dans les quatre catégories d'immigrants (États-Unis/Mexique, Amérique du Sud/Afrique, Europe/Australie et Asie) incluses dans l'étude de Globerman (1998) n'avaient pas eu recours à des soins ni parlé à un praticien de médecine parallèle au cours des 12 mois précédents.

Certaines variations interprovinciales ont été observées dans les taux d'utilisation des approches de MCP. Les valeurs les plus élevées ont été rapportées en Colombie-Britannique (11 %) (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999a). Selon Fries et Menzies (2000), ce phénomène pourrait s'expliquer par la diversité des caractéristiques ethnoculturelles de cette province.

Certaines données sur l'utilisation des approches de MCP par les immigrants ont été recueillies par Kirmayer et coll. (1996) dans leur étude des populations d'anglophones, de francophones et d'immigrants originaires du Vietnam, des Caraïbes et des Philippines à Montréal. Les auteurs ont observé que les groupes d'immigrants affichaient généralement des taux de consultation de praticiens de médecine parallèle moins élevés que les groupes de Canadiens de naissance. Les taux d'utilisation de la médecine parallèle variaient d'un minimum de 6 % chez les immigrants d'origine vietnamienne à un maximum de 19,7 % chez les francophones.

D'autres études ont observé un taux d'utilisation des approches de MCP comparables chez les immigrants et chez les Canadiens de naissance. Muhajarine et coll. (2000) ont constaté, dans leur étude réalisée en Saskatchewan, que les répondants qui avaient recours à la médecine parallèle recevaient en général simultanément des soins médicaux conventionnels. Dans une étude sur les immigrants d'origine caraïbe et cantonaise au centre-ville de Toronto, on observe également que les médecines traditionnelles sont utilisées en combinaison avec la médecine occidentale (Fuller-Thompson et coll., 1997).

Recherches internationales

Les études internationales menées aux États-Unis et en Australie font état de tendances similaires à celles du Canada au chapitre de l'USS, mais fournissent des précisions additionnelles sur les sous-groupes d'immigrants.

À l'aide des données de la National Health Interview Survey de 1990, Leclere et coll. (1994) ont constaté que les immigrants récents aux États-Unis mentionnaient avoir eu moins de contacts avec les médecins au cours des 12 mois précédents que les immigrants de longue date ou les natifs du pays hôte.

Se fondant sur des données cliniques australiennes, Kliewer et Butler (1995) ont observé des taux d'hospitalisation significativement plus faibles chez les immigrants que chez les Australiens de naissance (hommes 28 % de moins, femmes 18 % de moins), et que cette même

tendance se manifestait dans la plupart des groupes d'immigrants. Toutefois, les différences entre les sous-groupes soulèvent certaines inquiétudes. Ainsi, les taux d'hospitalisation d'urgence étaient plus élevés chez les personnes âgées immigrantes que chez celles natives du pays hôte, et les immigrantes présentaient des taux d'hospitalisation liés à des problèmes de grossesse et d'accouchement supérieurs à ceux des natives du pays hôte.

De nombreuses études attestent que les immigrantes sont moins nombreuses à subir un dépistage du cancer que les femmes de la population générale (Stein et Fox, 1990; Harlan et coll., 1991; Haitt et coll., 1996; Luke, 1996; Vernon et coll., 1996; Meyerowitz et coll., 1998). Vissandjee et coll. (1998) citent également des études faisant état de taux d'utilisation des soins prénatals plus faibles chez les immigrantes que chez les femmes natives du pays hôte aux États-Unis, en France, au Danemark et en Belgique.

Dans leur recension des publications sur le recours aux services de santé parallèles par les immigrants, Boon et Wong (à paraître) citent plusieurs études semblant indiquer que l'utilisation des MANC par les immigrants augmente en fonction de la durée du séjour aux États-Unis. En fait, les immigrants récents semblent moins recourir aux approches de MCP que les immigrants de longue date. On attribue ce phénomène à la préférence pour les soins médicaux occidentaux auxquels ils n'ont pas eu accès dans leur pays d'origine, ou à des facteurs liés à l'immigration qui conduisent à la sélection d'immigrants très instruits, présentant un degré élevé d'acculturation aux idéaux occidentaux, dont fait partie la médecine conventionnelle. Comme en Saskatchewan (Mahajarine et coll., 2000) et à Toronto (Fuller-Thompson, 1997), une étude américaine observe des faibles taux d'utilisation *exclusive* des médecines occidentale ou traditionnelle chinoise chez les immigrants (Ma, 1999).

En résumé, les études canadiennes et internationales recensées dans la présente section rapportent des tendances très similaires entre immigrants et non-immigrants concernant l'USS. Toutefois, de nombreuses études omettent de distinguer les immigrants récents de ceux de longue date, ce qui nous empêche de comprendre ce qui se produit durant les cinq premières années du réétablissement. Les différences les plus marquées entre les immigrants et les Canadiens de naissance ont été observées au chapitre de l'utilisation des services de santé mentale et de prévention. Peu d'études canadiennes ont examiné comment et pourquoi les immigrants recourent aux médecines complémentaires, ou encore l'effet de l'acculturation sur l'usage ou les interactions entre différentes formes de soins médicaux. On recense également peu d'études canadiennes sur l'évolution des tendances en matière d'USS au cours du temps (p.ex., « l'accessibilité » change-t-elle avec le temps?) ou les différences d'USS entre plusieurs sous-groupes d'immigrants.

Facteurs individuels associés à l'USS

Si certaines études tentent d'expliquer l'USS selon l'état de santé ou les besoins, le modèle classique d'USS proposé par Andersen et Newman (1973) définit d'autres déterminants larges et interreliés de l'USS, à savoir les facteurs prédisposants et habilitants (Figure 2).

Les facteurs prédisposants incluent le sexe, l'âge et l'instruction, de même que les attitudes et les croyances concernant la santé et la maladie. Les relations entre le sexe, l'âge et l'instruction et l'USS observées dans la population générale apparaissent également dans les groupes d'immigrants (Hamilton et coll., 1994; Chen et coll., 1996a; Laroche, 2000). Toutefois, dans les situations transculturelles, il existe une probabilité plus élevée de différences sur le plan des valeurs et des normes culturelles entre les utilisateurs et les fournisseurs de services. Par exemple, les immigrants, notamment ceux provenant de pays autres que les pays d'immigration traditionnels, ont souvent des croyances différentes de celles des professionnels de la santé occidentaux sur les causes et le traitement des maladies mentales (Landrine et Klonoff, 1994; Millet et coll., 1996; Edman et Kameoka, 1997). Les croyances culturelles influencent la présentation, la reconnaissance et l'interprétation des problèmes de santé, notamment de santé mentale (Suchman, 1964; Berkanovic et Reeder, 1973; Woodward et coll., 1992; Aponte et Barnes, 1995). Les pratiques de médecine préventive ne sont pas toujours perçues comme étant essentielles, en particulier si les immigrants doivent composer avec le stress relié au chômage, à l'isolement, au déplacement et à la discrimination (Matuk, 1996b; Hyman et Dussault, 2000).

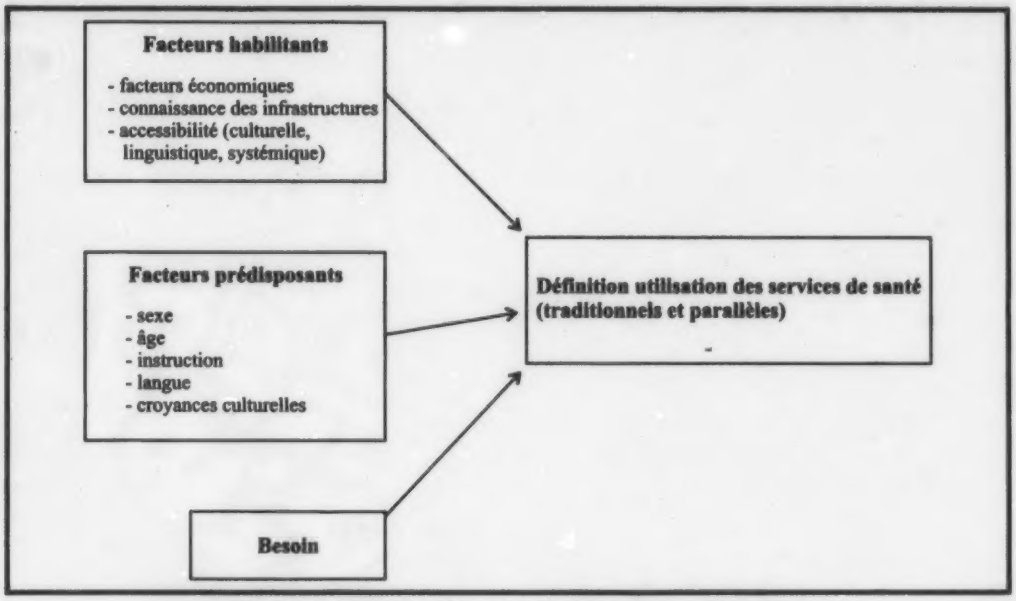

Figure 2 : Immigration et utilisation des services de santé

Source : Andersen et Newman, 1973; adapté par Portes et coll., 1992

Les facteurs habilitants comprennent notamment la connaissance, la disponibilité des services appropriés, le caractère abordable et l'accessibilité culturelle, linguistique et systémique (Suchman, 1964; Berkanovic et Reeder, 1973; Woodward et coll., 1992; Aponte et Barnes, 1995; Alvidrez et coll., 1996). La non-exposition antérieure aux soins hospitaliers occidentaux a été invoquée pour expliquer les taux de consultation d'un médecin et d'hospitalisation plus bas chez certains groupes d'immigrants (Wen et coll., 1996; Laroche, 2000). Le manque de sensibilisation aux réalités culturelles et d'information nuit souvent à l'accès aux services conventionnels (Groupe canadien, 1988; Fowler, 1998; Yuan et coll., 1998). Pour de nombreux groupes minoritaires, la famille est la première source de traitement, notamment pour les problèmes de santé mentale, et on ne recherche de l'aide extérieure qu'après avoir épuisé toutes les ressources familiales (Flaskerud, 1984). D'autres études ont abordé l'impact négatif du racisme et de la méfiance de la part des établissements conventionnels sur l'entrée dans le système de soins de santé et sur le processus de traitement subséquent (Aponte et Barnes, 1995).

Kirmayer et coll. (1996) ont recueilli des données primaires sur les obstacles à l'accès aux soins pour les immigrants et les non-immigrants en utilisant une question ouverte suivie d'une liste de 23 obstacles possibles. Les trois groupes d'immigrants participants (Vietnam, Caraïbes et Philippines) ont rapporté un nombre d'obstacles significativement supérieur à celui des deux groupes de Canadiens de naissance. Les facteurs les plus importants étaient la tendance à minimiser, à normaliser les problèmes et à y faire face seul (facteur commun à tous les groupes, mais particulièrement prononcé chez les immigrants) et le décalage ethnique perçu chez les immigrants, c'est-à-dire notamment l'impression que les professionnels de la santé ne comprennent pas leur culture ou qu'ils ont des préjugés envers celle-ci, ou encore qu'il n'y a pas de professionnels de la santé ayant les mêmes antécédents culturels qu'eux. Les autres obstacles importants à l'accès aux soins étaient la crainte de la stigmatisation, la méfiance vis-à-vis du système de santé et les obstacles pratiques comme la disponibilité après le travail.

Si l'on relève peu d'études empiriques hormis celles susmentionnées, plusieurs des études canadiennes répertoriées ont cherché à inventorier et à évaluer les obstacles aux soins de santé. Ces études portaient souvent sur des sous-groupes d'immigrants, notamment les immigrants provenant de certains pays sources, les femmes immigrantes, les immigrants appartenant aux minorités visibles et les personnes âgées. Ainsi, on a observé que les obstacles linguistiques et culturels (p.ex., stigmatisation, honte, méfiance à l'égard des professionnels, peur de l'hospitalisation, manque de médecins serbo-croates) étaient les principaux obstacles à l'accès aux soins de santé mentale pour les immigrants de l'ancienne Yougoslavie à Toronto (Hyman et coll., 2000e). Les différences d'attitudes vis-à-vis du système de santé, l'accessibilité (culturelle, géographique, linguistique et financière), le caractère approprié et compréhensible ont été considérés comme des obstacles particulièrement importants pour les femmes immigrantes (Vissandjee et coll., 1998; Hyman et Guruge, 2000; Mailloux et Mulvihill, 2000). La discrimination constituait un obstacle majeur pour les immigrants des minorités visibles et pourrait avoir une incidence sur la qualité des soins fournis (Beiser et coll., 1993). On a observé que les facteurs culturels et linguistiques constituaient un problème majeur pour les immigrants âgés et, souvent, entraînaient un traitement inapproprié, une hospitalisation prolongée et un congé prématuré (Saldov, 1991; Meier et coll., 1997). De même, les immigrants qui ne parlent pas couramment une des deux langues officielles étaient moins nombreux à connaître les

programmes de promotion de la santé publique (puisque la plupart des documents ne sont disponibles qu'en anglais ou en français).

Lacunes dans la recherche

L'organisation des services de santé et les approches face à la prestation de ces services ont un impact majeur sur les profils d'USS des immigrants. La recension et l'évaluation des systèmes de soins appropriés sur le plan culturel (p.ex., modèles de prestation de soins de santé, réformes institutionnelles, stratégies de promotion de la santé) ont été beaucoup moins étudiés au Canada.

À l'heure actuelle, les services sociaux et de santé au Canada s'adaptent à la diversité en utilisant trois types de modèles de prestation de soins :

1. des services conventionnels multiculturels, qui rehaussent le caractère culturellement approprié de leurs services en offrant de la formation visant à sensibiliser les intervenants aux réalités culturelles, en recrutant du personnel bilingue/biculturel et en déployant des efforts de sensibilisation;

2. des services parallèles offerts par des organisations immigrantes et ethnoculturelles à leur propre collectivité;

3. des services de santé multiculturels, offerts par des organismes indépendants, élaborés pour répondre aux besoins de catégories ethniques larges plutôt qu'à ceux de groupes d'immigrants ou de groupes culturels spécifiques.

Toutefois, aucun de ces modèles n'est sans défaut. Bon nombre des obstacles qui limitent l'accessibilité aux services conventionnels ont déjà été répertoriés (p.ex., caractère inadéquat des services d'interprétation, orientation eurocentrique, manque de sensibilisation à la réalité culturelle, manque d'information, utilisation des réseaux sociaux existants) (Landrine et Klonoff, 1994; Stephenson, 1995; Millet et coll., 1996; Edman et Kameoka, 1997; Laroche, 2000). Les services parallèles sont en règle générale sous-financés, dispensés par des bénévoles non professionnels et incapables d'offrir des services spécialisés (p.ex., santé mentale) aux membres de la collectivité. Le fonctionnement des services multiculturels s'appuie souvent sur l'hypothèse selon laquelle des immigrants aussi différents que ceux originaires d'Afrique et d'Asie du Sud-Est forment des groupes cohérents dont les besoins peuvent être satisfaits par le biais d'une même organisation (Matsuoka et Sorenson, 1991). Kliewer et Jones (1997) précisent de plus qu'aucun de ces modèles ne tient spécifiquement compte des principaux déterminants de la santé des immigrants, notamment l'isolement social et les conditions socio-économiques défavorisées.

Bon nombre des caractéristiques clés des modèles de soins efficaces ont été répertoriés à l'occasion du Symposium sur les modèles de soins dans un Canada pluraliste et par d'autres chercheurs. Il s'agit notamment de l'encouragement des initiatives locales, de la participation et du développement communautaires (Barwick et Campbell, 1993; Matuk, 1996c; Meier et coll., 1997). Toutefois, rares sont les travaux canadiens s'intéressant aux modèles exemplaires de prestation de services.

Au niveau institutionnel, de nombreux hôpitaux canadiens s'adaptent à la diversité en adoptant des programmes de réforme. Ces programmes visent les politiques et les structures, l'éducation et la formation, les communications, les ressources humaines, les programmes et services ainsi que la recherche et la base de connaissances. La description détaillée de ces programmes déborde le cadre du présent rapport, mais les changements recommandés aux politiques incluent les suivants :

- approches de partenariat;
- représentativité accrue du personnel à *tous* les échelons;
- formation du personnel en matière de savoir-faire culturel et d'antiracisme;
- élaboration d'environnements institutionnels non racistes, accessibles et accueillants pour tous les clients;
- éducation communautaire à l'aide de formats appropriés sur les plans linguistiques et culturels (p.ex., centres, journaux, stations de radio communautaires);
- élaboration d'outils d'évaluation et de modèles de traitement adaptés à la réalité culturelle.

(United Way of Greater Toronto, 1991; York Regional Multicultural Tri-Hospital Project, 1993; Hastings Institute, 1994).

Toutefois, l'efficacité et l'impact des changements institutionnels sur l'accessibilité des services et la satisfaction des clients n'ont pas été systématiquement évalués. Par exemple, on pourrait utiliser les résultats pour la santé, la satisfaction des patients et la rentabilité pour mesurer la qualité des soins adéquats sur les plans culturels et linguistiques. Les normes des services d'interprétation pourraient s'appuyer sur les preuves empiriques démontrant que certains aspects de la traduction entraînent de meilleurs résultats pour la santé (Pérez-Stable et Nápoles-Springer, 2000).

Enfin, il semble que la promotion de la santé contribue de façon déterminante à prévenir l'adoption de comportements nocifs pour la santé et à favoriser la conservation des comportements favorables à la santé chez les immigrants (Matuk, 1996c). Toutefois, on ne peut tenir pour acquis que les stratégies de promotion de la santé fondées sur des recherches menées auprès de la culture majoritaire s'appliquent aussi bien aux populations immigrantes chez qui les obstacles culturels, linguistiques, économiques et informationnels et les facteurs d'accès influencent les choix en matière de santé (Choudhry, 1998; Vissandjee et coll., 1998).

Dans une récente évaluation critique des publications sur les comportements liés à la santé réalisée pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, on s'est intéressé plus particulièrement à déterminer les constructs théoriques et les stratégies de promotion de la santé appropriées pour les nouvelles immigrantes (Hyman, 1999). Parmi les programmes de promotion de la santé efficaces figuraient des stratégies mettant à contribution la communauté dans l'élaboration, la planification et l'exécution des programmes de promotion de la santé, des stratégies de sensibilisation qui utilisaient des documents didactiques adaptés à la réalité linguistique et culturelle et la multiplicité des cadres pour l'exécution des programmes. Parmi les autres approches prometteuses figurent le recours à des agents de liaison ou des leaders non

professionnels (membres du personnel formé issus de différentes communautés d'immigrants) pour accroître la pertinence des messages de santé et la reconnaissance du fait que les choix de santé sont souvent une réponse rationnelle à des pressions réelles associées à des inégalités sur le plan du sexe, de la race et de la classe (Nakyonyi, 1993; Haitt et coll., 1996; Kernohan, 1996; Bird et coll., 1998).

Jusqu'à présent, rares sont les recherches canadiennes qui ont porté sur la pertinence des modèles théoriques et des stratégies de promotion de la santé communément utilisés et leur applicabilité aux populations immigrantes.

Répercussions sur les politiques et orientations futures de la recherche

La question de savoir si les immigrants représentent ou non un fardeau pour le système de bien-être social du Canada a suscité un important débat public. Pour certains, les immigrants rencontrent plus de problèmes de santé que les Canadiens de naissance et profitent indûment du système de soins de santé universel du Canada. D'autres prétendent que les immigrants constituent une menace pour la santé des Canadiens en introduisant au pays des maladies infectieuses (p.ex., tuberculose, sida). Par opposition, si l'on en croit l'effet de l'immigrant en bonne santé observé dans d'autres pays, les immigrants, particulièrement les immigrants récents, seraient en meilleure santé à maints égards que les immigrants de longue date et que la population native du pays hôte. L'établissement de l'existence d'un tel effet au Canada irait à l'encontre de la perception « d'utilisation abusive » et ouvrirait de nouvelles avenues pour le dépistage, chez les immigrants, de problèmes de santé susceptibles d'imposer des demandes excessives au système. De même, les preuves de la détérioration de l'état de santé des immigrants avec le temps indiquent la nécessité d'orienter le financement vers le maintien et la promotion de la santé des immigrants.

Éléments de preuve

La recension des preuves de l'effet de l'immigrant en bonne santé a été entravée par la pauvreté flagrante des données recueillies de façon systématique sur la santé des immigrants au Canada. Les données proviennent pour l'essentiel d'établissements de recherche et de chercheurs individuels qui utilisent les chiffres des enquêtes sur la santé recueillies pour d'autres fins et (ou) des études à petite échelle s'appuyant sur différentes méthodologies et reflétant différents intérêts et objectifs.

On a relevé des distinctions importantes selon le type de résultats pour la santé. Ainsi, on a noté des différences entre les maladies chroniques et infectieuses. Les études recensées montrent que la plupart des immigrants atteints d'une maladie infectieuse ont vu leur état de santé s'améliorer avec le temps si le traitement et le suivi étaient appropriés. Toutefois, la probabilité de contracter une maladie chronique était fortement tributaire des changements dans les déterminants de la santé liés à l'acculturation, notamment le revenu, l'emploi, les habitudes d'hygiène et les ressources sociales.

D'autres différences importantes dans les résultats pour la santé ont été observées au sein de sous-groupes d'immigrants. Ainsi, chez les immigrants sud-asiatiques, il est très clair que les cardiopathies représentent un problème crucial, tandis que les jeunes réfugiés sont exposés à un risque plus élevé de problèmes de santé mentale.

Les données sur l'USS constituent un paradoxe. Contrairement à une opinion très répandue, aucun élément de preuve n'établit que les immigrants surutilisent les services de soins de santé dans leur ensemble. On observe plutôt des tendances similaires en matière d'USS chez les

immigrants et les non-immigrants ainsi qu'une sous-utilisation dans le cas des services préventifs et de santé mentale. Ici encore, des différences importantes apparaissent au sein de sous-groupes d'immigrants (il semble, par exemple, que l'USS soit plus faible chez les immigrants récents que chez les immigrants de longue date).

Il apparaît également qu'au Canada, on a accordé peu d'attention à l'organisation des services de santé pour les immigrants. En particulier, la recherche sur les systèmes de soins adaptés à la réalité culturelle (p.ex., modèles de prestation de soins de santé, réformes institutionnelles et stratégies de promotion de la santé) fait cruellement défaut.

Répercussions sur les politiques

Pour les décideurs, les questions primordiales découlant des présentes observations sont les suivantes :

1. Quelles sont les conditions (déterminants de la santé) qui contribuent aux changements dans l'état de santé des immigrants avec le temps?

2. Comment les services et les programmes gouvernementaux peuvent-ils contribuer à maintenir et à promouvoir l'état de santé des immigrants au fil du temps?

En ce qui concerne la première question, il importe de reconnaître que la santé des immigrants est étroitement tributaire de leur environnement et de leurs conditions de vie et qu'elle peut changer en réponse aux pressions associées à la pauvreté, à la marginalisation et aux inégalités sociales. Si aucune étude canadienne ne s'est penchée expressément sur la question du logement, il n'en existe pas moins une relation indiscutable entre la maladie et les déterminants de la santé tels que le revenu et l'emploi. Cela est particulièrement vrai dans le cas des maladies infectieuses comme la tuberculose. En moyenne, les immigrants récents ont un revenu plus faible que les immigrants de longue date et la population native du pays hôte, en raison de facteurs tels que le sous-emploi et le manque de reconnaissance des titres de compétence étrangers, et ils sont par conséquent plus nombreux à vivre dans des conditions de logement inférieures aux normes.

De toute évidence, il faut adopter des approches multisectorielles pour la promotion et le maintien de la bonne santé, ce qui exige au Canada la coopération et la concertation de différents ordres de gouvernement. Les services de réétablissement (fédéraux), par exemple, devraient élargir leur portée pour prendre en considération les déterminants de la santé répertoriés dans le présent examen, coordonner et appuyer les services offerts par les ordres de gouvernement provincial et municipal et assurer la communication et le partage de l'information entre toutes les compétences.

D'autres observations mettent en évidence le rôle crucial du soutien social dans la promotion et le maintien de la santé et du bien-être des immigrants et de leur famille. Les décideurs doivent réévaluer les politiques qui freinent la réunification familiale et le choix, par les immigrants, de leur lieu de résidence. Des efforts de législation sociale et d'éducation du public sont également nécessaires pour rehausser l'image et le rôle des immigrants dans la

société canadienne, d'après les recherches en cours établissant un lien entre l'attitude du pays hôte et la santé mentale.

Enfin, selon certaines études, les programmes et les politiques qui donnent aux immigrants les pouvoirs et les moyens de développer et de conserver leurs propres institutions ethnoculturelles et leurs habitudes favorisant la santé ont des effets positifs à long terme.

Pour ce qui est de la deuxième question, si le fait que les immigrants utilisent moins les services de santé (notamment les services de santé mentale et de prévention) que la population canadienne de naissance peut être considérée comme une bonne nouvelle, il peut également refléter l'incapacité des services actuels de répondre aux besoins des immigrants, et non la meilleure santé de ces derniers. Il est d'une importance primordiale de lever les obstacles à l'accès aux services dans le secteur des maladies infectieuses telles que le VIH/sida et la tuberculose, car l'intervention et le traitement précoces permettent de maîtriser ces maladies. Une meilleure communication entre les ordres fédéral et provincial de gouvernement aiderait à faire en sorte que les immigrants courant le plus haut risque de contracter la tuberculose bénéficient du traitement et du suivi appropriés. Toutefois, il faudrait s'efforcer de réduire la « bureaucratie » à laquelle les immigrants et les réfugiés sont confrontés lorsqu'ils doivent recevoir des soins de santé.

Les études mettent également en lumière le fait que l'amélioration de l'accessibilité et du caractère approprié et exhaustif des services de santé aiderait à maintenir la bonne santé des nouveaux immigrants et à réduire l'apparition de maladies chroniques telles que le diabète, le cancer et les cardiopathies. La détermination et la mise en œuvre de solutions efficaces passent par le financement de programmes de santé axés sur la promotion de la santé des immigrants, des mères et des enfants et par le dépistage (SSPT). Les programmes de sécurité alimentaire peuvent contribuer à atténuer l'impact de la pauvreté et du changement d'environnement.

Les études recensées montrent également qu'une approche sélective doit être utilisée pour répondre aux besoins des sous-groupes d'immigrants qui sont les plus exposés à la pauvreté et aux problèmes de santé connexes, à savoir les réfugiés et les femmes. Il serait souhaitable d'accroître le financement accordé aux services spécialisés de soutien à la santé publique, notamment durant les cinq premières années. Les politiques qui favorisent une meilleure intégration, notamment chez les enfants et les jeunes, pourraient prévenir l'apparition du problème d'abus de substances observé dans d'autres pays.

Enfin, de nombreux individus au Canada font appel à des praticiens de médecine parallèle, y compris des guérisseurs religieux et traditionnels, pour traiter leurs problèmes de santé. Si les preuves empiriques sont limitées, il ressort cependant de la plupart des travaux relevés que le renforcement des ressources communautaires et la valorisation des capacités des collectivités à s'attaquer aux problèmes de santé sont des stratégies très prometteuses.

Recherches futures

Si la plupart des études recensées dans le présent rapport corroborent l'hypothèse de l'existence d'un effet de l'immigrant en bonne santé au Canada en ce qui concerne les maladies chroniques, il est difficile de tirer des conclusions définitives concernant cet effet pour de nombreux autres résultats pour la santé et pour la plupart des sous-groupes d'immigrants. Des recherches additionnelles s'imposent pour permettre d'établir de manière plus précise si l'état de santé des immigrants s'améliore, dans quelle mesure les déterminants de la santé évoluent au fil du temps et quel est l'effet exercé par l'acculturation sur la santé. On recommande la prise de mesures pour renforcer les bases de données existantes et pour en élaborer de nouvelles sur l'immigration et la santé au Canada.

Actuellement, la plupart des enquêtes nationales et provinciales recueillent certaines données sur l'immigration et l'ethnicité (p.ex., pays de naissance, durée du séjour au Canada, ethnicité, connaissance de la langue). Toutefois, les immigrants, et notamment les immigrants récents et ceux qui ne parlent ni anglais ni français, sont généralement sous-représentés dans les cadres d'échantillonnage de la population. D'autres aspects qui limitent l'utilité des enquêtes sur la population pour étudier les changements de la santé des immigrants ont été évoqués dans la section Vue d'ensemble. Il serait souhaitable que les enquêtes nationales et provinciales tentent de recueillir davantage de renseignements sur les immigrants en ayant recours à une surreprésentation des sous-groupes d'immigrants dans les échantillons et en menant des entrevues dans des langues autres que l'anglais et le français. Une collaboration plus étroite entre les systèmes fédéraux et provinciaux de collecte des données serait également de nature à faciliter les comparaisons au micro-niveau des indicateurs des maladies (p.ex., taux de tuberculose).

Bon nombre de bases de données canadiennes, notamment les statistiques de l'état civil, les registres du cancer et les dossiers hospitaliers, ne recueillent que peu de données, ou pas du tout, sur l'immigration et l'ethnicité. Il serait souhaitable que soient amorcés des échanges avec les intervenants gouvernementaux et communautaires sur l'inclusion de données sur le pays d'origine, la durée du séjour au Canada, l'ethnicité et les connaissances linguistiques à des fins de planification sanitaire. Il faudrait alors mettre en place des politiques et des procédures assurant la confidentialité de ces renseignements.

Kliewer et Kazanjian (2000) ont démontré la faisabilité du couplage des dossiers provinciaux des congés des hôpitaux et des demandes de paiement des médecins avec la base de données de Citoyenneté et Immigration Canada. Il est recommandé que ce type de couplage d'enregistrements, qui permet de suivre l'état de santé et l'USS des immigrants récemment arrivés au Canada au fil du temps, soit poursuivi et élargi pour inclure toutes les provinces canadiennes.

La plupart des bases de données disponibles au Canada ne peuvent servir à examiner les changements de l'état de santé, des déterminants de la santé ou de l'USS des immigrants en fonction du temps ni certains résultats particuliers sur la santé de sous-groupes d'immigrants. Il est recommandé d'élaborer de nouvelles bases de données pour compléter l'information existante sur la santé des immigrants au Canada. Il faudrait prévoir notamment :

- des études longitudinales, pour fournir une foule de renseignements sur l'état de santé et les déterminants de la santé des immigrants au fil du temps. L'ELIC actuellement menée par Statistique Canada et Citoyenneté et Immigration Canada constituera une excellente source d'information sur la santé mentale, physique et bucco-dentaire et l'USS des immigrants six mois, deux ans et quatre ans après leur arrivée au Canada. Certaines des questions incluses dans cette enquête produisent des données parallèles à celles recueillies par l'ENSP; toutefois, on n'y retrouve pour l'instant aucune question sur les comportements liés à la santé ou sur les pratiques de dépistage. L'ELIC fournira également de précieux renseignements sur des déterminants de la santé tels que le revenu, l'emploi et les réseaux sociaux. La taille des échantillons autorisera les comparaisons entre les classes d'immigrants, les provinces et les régions d'origine (Statistique Canada, 2001);
- des recherches au sein de certaines communautés d'immigrants, pour étudier les problèmes de santé et les besoins de certains groupes particuliers, ainsi que les ressources personnelles et sociales utilisées pour faire face à l'adversité et réussir à s'adapter à leur nouvel environnement;
- des études faisant appel à plusieurs méthodes simultanées (combinant des approches tant quantitatives que qualitatives pour la collecte des données), pour évaluer l'étendue d'un problème de santé à l'intérieur des communautés d'immigrants et permettre de mieux connaître et comprendre la santé et les comportements liés à la santé d'un groupe d'immigrants à l'autre;
- des recherches interdisciplinaires.

Annexe 1 :
Notes biographiques – Membres de l'équipe de recherche

Farah Ahmad, MBBS (docteur en médecine), MPH (santé internationale), est chercheure associée du University Health Network Women's Health Program (UHNWHP). Elle est chercheure en santé publique et s'intéresse principalement aux comportements en santé préventive et aux facteurs sociaux connexes. Ses travaux récents sur les femmes des communautés ethniques et majoritaires ont porté sur la promotion du dépistage du cancer du sein, les mesures d'encouragement et les obstacles au dépistage du cancer et les préférences liées au sexe pour le choix des médecins de famille. Son expérience des comportements liés à la santé et des habitudes d'hygiène des immigrants lui vient de sa pratique médicale (Pakistan) et de ses recherches antérieures sur la santé des immigrants (Autriche et Canada).

Catherine Chalin, Ph.D., est professeure associée au Département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto. Elle a travaillé pendant de nombreuses années au niveau international avec des femmes, des enfants, des prisonniers politiques, des dissidents et leur famille. Elle a également collaboré, à titre de conseillère et de consultante, à de nombreux projets concernant les besoins en matière de santé des immigrants et des réfugiés au Canada.

Angela M. Cheung, M.D., Ph.D. (politiques de santé), FRCP(C), est professeure adjointe aux Départements de médecine, des sciences de la santé publique et de l'administration de la santé de l'Université de Toronto. Elle est également directrice associé de l'UHNWHP et est consultante pour le ministère de la Santé de l'Ontario sur les questions liées à la santé des femmes. Elle effectue des recherches dans le domaine de la santé postménopausique, en relation plus particulièrement avec la prévention du cancer du sein, de l'ostéoporose et des maladies cardiovasculaires. Récemment, elle s'est intéressée aux comportements liés à la santé chez les immigrants d'origine chinoise, à l'évaluation des risques et des préférences et à la prise de décisions médicales éclairées.

Michael Gardam, M.Sc., M.D., CM, FRCP(C), est directeur médical de la Clinique multidisciplinaire de la tuberculose à l'Hôpital Western de Toronto et est un spécialiste des maladies infectieuses et épidémiologiste hospitalier associé au University Health Network. Il est également chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Il s'intéresse notamment à la recherche en épidémiologie de la tuberculose chez les immigrants et les réfugiés et à l'analyse des modèles de prestation de soins de santé pour traiter la tuberculose dans cette population.

Ilene Hyman, Ph.D. (santé publique), est chercheure au Centre for Research in Women's Health, à Sunnybrook et au Women's College Health Sciences, et est également professeure adjointe au Département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto. Ses recherches de doctorat et de postdoctorat portaient principalement sur l'acculturation, l'étude des questions méthodologiques et l'exploration des mécanismes par lesquels l'acculturation influe sur l'état de santé et les comportements liés à la santé. Elle a récemment effectué une recension

des écrits pour le compte du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario sur les mécanismes qui permettent le mieux d'influer sur les comportements liés à la santé chez les femmes, en particulier les femmes immigrantes. Ses projets de recherche actuels portent notamment sur la santé mentale chez les immigrantes éthiopiennes et sur les obstacles aux services de santé préventifs et de dépistage du cancer chez les immigrantes à Toronto.

Nazilla Khanlou, R.N., Ph.D., est professeure adjointe à la Faculté de sciences infirmières de l'Université de Toronto et chercheure pour le programme Culture and Community Health Studies (CCHS) du Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Elle a une formation clinique en soins infirmiers psychiatriques. Elle s'intéresse à la promotion de la santé mentale chez les jeunes, et plus particulièrement sur le développement de l'estime de soi et de l'identité culturelle chez les adolescents qui vivent dans un contexte multiculturel ainsi que le rôle du sexe, de la migration et de la culture.

Heather Maclean, Ed.D., est directrice du Centre for Research in Women's Health de l'Université de Toronto et du Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre. Elle est également professeure associée aux Départements des sciences de la nutrition, de médecine familiale et communautaire, des sciences de la santé publique, de l'administration de la santé et à la Faculté des sciences infirmières. Ses recherches portent principalement sur les influences psychosociales sur la santé, le comportement, l'autonomie en matière de soins et la santé des femmes.

Joanna Rummens, Ph.D., est une anthropologue et sociologue multilingue dont les recherches portent principalement sur les questions liées à l'identité. Elle est professeure adjointe au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto et chercheure pour le CCHS. Ses recherches en cours portent sur la négociation et la formation de l'identité chez les jeunes réfugiés et immigrants récemment arrivés. Elle est également chercheure associée et a été coordonnatrice des études au CERIS à Toronto.

Laura Simich, Ph.D., est anthropologue pour le CCHS. Elle travaille notamment sur les déterminants sociaux de la santé, le bien-être psychosocial et l'utilisation de la recherche qualitative pour améliorer l'élaboration de politiques fondées sur des preuves pour les populations d'immigrants et de réfugiés. Elle jouit d'une vaste expérience en matière de processus et de soutien à l'immigration et au réétablissement, la prestation de services de réétablissement et à l'accès et l'équité relativement aux services sociaux et de santé.

Assistante de recherche

Kamlesh Minocha est titulaire d'un B.Sc. en sciences de la vie et d'un B.A. en sociologie de l'Université McMaster et d'une M.Sc. en planification du Département de géographie de l'Université de Toronto. Elle possède de l'expérience en consultation sur les services sociaux et de soins de santé au niveau tant du système que des prestateurs. Madame Minocha est actuellement gestionnaire des services à la clientèle à THiiNC Information Management Inc., une entreprise offrant un large éventail de services d'information en matière de santé aux fournisseurs de soins de santé, aux gouvernements et aux autres intervenants du domaine.

Annexe 2 :
Description des établissements partenaires

Centre for Research in Women's Health (CRWH) – Le CRWH est un partenariat de l'Université de Toronto et du Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre. Fondé en 1996, le centre effectue et favorise des recherches sur tous les aspects de la santé des femmes et reçoit 10 millions de dollars par an en subventions de recherche. Visant l'excellence en recherche, le centre fait le pont entre les sciences sociales et la recherche biomédicale et traduit et diffuse les résultats de la recherche auprès d'un large éventail de groupes d'utilisateurs. Les membres du CRWH couvrent toutes les disciplines et tous les secteurs et bon nombre des programmes de recherche entretiennent des liens étroits avec des groupes communautaires.

Culture and Community Health Studies (CCHS) – Centre for Addiction and Mental Health (Clarke Division) – Le CCHS est un programme de recherche, de formation et de sensibilisation axé sur la santé des immigrants, des réfugiés et des membres des Premières nations, sur les influences culturelles sur l'expression et l'évolution des maladies et sur l'élaboration de modèles de soins adaptés à une société pluraliste. L'équipe interdisciplinaire du CCHS est constituée d'experts dans les domaines de la psychiatrie, de l'épidémiologie, de la sociologie et de la psychologie culturelle, dans un contexte transculturel.

Département des sciences de la santé publique – Faculté de médecine, Université de Toronto – Le Département des sciences de la santé publique est le résultat d'une fusion entre le Département des sciences du comportement et le Département de médecine préventive et de biostatistiques. Le département s'appuie sur l'expertise d'un noyau de professeurs qui s'intéressent aux questions de santé dans les communautés multiculturelles et les milieux urbains défavorisés. Il est également affilié au Centre for Health Promotion et a pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens par des recherches fondamentales et appliquées sur la promotion de la santé, l'éducation et le service.

University Health Network Women's Health Program (UHNWHP) – L'UHNWHP participe à des projets locaux, provinciaux, nationaux et internationaux liés à la santé des femmes. Instauré en 1994, il s'agit d'un programme multidisciplinaire consacré à la recherche en santé, à la promotion de la santé, à l'éducation, aux services de santé et aux politiques sur la santé des femmes. Les participants au programme ont de l'expertise dans le domaine de la recherche en santé multiculturelle. Ils ont participé à des études portant sur les obstacles et les incitatifs au dépistage du cancer chez les femmes d'origine tamoule, caraïbe, chinoise et vietnamienne. D'autres projets ont porté sur les croyances et les comportements à l'égard de la santé des femmes d'origine hispanique, italienne, indienne et pakistanaise.

Glossaire

Acculturation ...Processus multidimensionnel résultant d'un contact entre plusieurs groupes, dans lequel des individus dont l'apprentissage primaire s'est effectué dans une culture donnée adoptent le mode de vie caractéristique (attitudes, valeurs et comportements) d'une autre culture (Hazuda et coll., 1988).

Années potentielles de vie perdues (APVP) ...Mesure s'attachant principalement aux affections qui causent la mort dans les groupes d'âge plus jeunes, calculée comme suit : (nombre de décès imputables à la cause) x (70 – âge au décès).

Catégorie d'immigrants de la famille ...Parents d'un Canadien ou d'un résident permanent âgé d'au moins 18 ans qui a accepté de veiller à l'hébergement, aux soins et à l'entretien des membres de sa famille pendant une période allant jusqu'à 10 ans.

Catégorie des immigrants indépendants (ouvriers qualifiés/gens d'affaires) ...Retraités, entrepreneurs, investisseurs et autres faisant une demande de leur propre initiative et leurs parents aidés (immigrants, autres qu'une personne appartenant à la catégorie de la famille, ayant des parents proches au Canada).

Demande excessive ...Fardeau important imposé aux services de santé ou aux services sociaux du Canada du fait de l'hospitalisation ou des soins médicaux, sociaux ou institutionnels pour cause de maladie physique ou mentale, ou de services spéciaux d'éducation ou de formation. Des personnes peuvent se voir refuser l'entrée au Canada en raison des coûts élevés des soins qui leur seraient dispensés.

Demandeur du statut de réfugié ...Personne qui est arrivée au Canada et qui demande le statut de réfugié. S'il est déterminé de manière définitive qu'un demandeur est un réfugié au sens de la Convention, il peut alors faire une demande de résidence permanente.

Dépistage ...Identification présumée d'une maladie ou d'une affection ignorée, par l'application de tests, d'examens ou d'autres procédures pouvant être effectués rapidement pour distinguer les personnes apparemment en bonne santé qui sont probablement atteintes de la maladie de celles qui ne le sont probablement pas. Les personnes présentant des résultats positifs ou suspects doivent être aiguillées vers leur médecin qui posera un diagnostic et conseillera le traitement approprié.

Déterminants de la santé ...À chaque stade de la vie, la santé est déterminée par des interactions complexes entre les facteurs sociaux et économiques, le milieu physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont ce qu'on appelle les déterminants de la santé. D'après le modèle de la santé de la population de Santé Canada, les déterminants de la santé comprennent les suivants : revenu et statut social, réseaux de soutien social, éducation, emploi et conditions de travail, environnement social, environnement physique, habitudes d'hygiène personnelle et capacité d'adaptation, développement infantile sain, patrimoine biologique et génétique, services de santé, sexe et culture.

Effet de l'immigrant en bonne santé ...Observations selon lesquelles les immigrants, particulièrement les immigrants récents, sont souvent en meilleure santé que les immigrants de longue date et que la population native du pays hôte.

Étude longitudinale ...Type d'étude dans lequel les observations de la cause et de l'effet sont effectuées à deux points différents ou plus dans le temps.

Étude transversale ...Type d'étude dans lequel les observations (c'est-à-dire les mesures de la cause et de l'effet) sont faites à un même point dans le temps. Par exemple, les enquêtes sur la santé de la population (telles l'ENPS) sont généralement transversales.

Facteur de risque ...Caractéristique d'un individu ou d'un groupe associé à une probabilité accrue de maladie ou de décès.

Gens d'affaires immigrants ...Entrepreneurs, investisseurs et travailleurs autonomes qui apporteront une contribution économique significative en créant, ou en achetant une entreprise ou un commerce au Canada ou en y investissant, ainsi que leur conjoint et leurs enfants.

Immigrant ...Personne qui vient s'établir au Canada à titre de résident permanent.

Incidence ...Nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population définie durant une période donnée.

Indicateur ...Mesure indirecte d'un événement ou d'un état (le poids selon l'âge d'un bébé est un indicateur de son état nutritionnel). Une approche axée sur la santé de la population reconnaît que toute analyse de la santé de la population doit aller au-delà de l'évaluation des indicateurs de l'état de santé traditionnels tels que la mort, la maladie et l'incapacité. Selon l'approche de la santé de la population, on établit des indicateurs reliés au bien-être mental et social, à la qualité de vie, à la satisfaction à l'égard de la vie, au revenu, à l'emploi et aux conditions de travail, à l'éducation et à d'autres facteurs dont on sait qu'ils influencent la santé.

Indice de masse corporelle (IMC) ...Mesure valide du rapport entre le poids et la taille. L'IMC peut être estimé à l'aide d'un tableau en localisant le point d'intersection entre la taille et le poids, ou être calculé au moyen de la formule suivante : IMC = poids (kg)/hauteur(m^2).

IMC	Effets sur la santé
< 20	Peut être associé à des problèmes de santé chez certaines personnes
20–25	Poids satisfaisant pour la plupart des individus
25–27	Peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes
>27	Risque accru d'apparition de problèmes de santé

Insuffisance pondérale à la naissance (IPN) ...Poids chez un nourrisson de 2 500 grammes ou moins à la naissance; variable qui contribue de façon importante à la morbidité et à la mortalité périnatales.

Latence ...Temps écoulé entre l'exposition à un agent ou à un processus causant une maladie et l'apparition des symptômes.

Majoritaire ...Caractéristique de la collectivité établie dans son ensemble.

Médecine complémentaire et parallèle (MCP) ...Un large domaine de ressources de guérison, qui englobe tous les systèmes de santé, toutes les modalités et les pratiques de santé ainsi que les théories et les croyances qui les accompagnent, autres que celles qui font partie intégrante du système de santé politiquement dominant d'une société ou d'une culture particulière au cours d'une période historique donnée.

Morbidité ...Maladie

Mortalité ...Décès

Périnatale ...Immédiatement avant et après la naissance

Prévalence ...Nombre total de cas d'une maladie dans une population définie à un point donné dans le temps.

Ratio standardisé de mortalité ...Taux récapitulatif dans lequel certaines opérations statistiques ont été effectuées pour supprimer l'effet des différences, généralement l'âge, entre les deux populations comparées. Il est défini comme étant la somme du nombre de décès survenant au sein d'un groupe d'âge donné exprimé en pourcentage des décès qui auraient en théorie pu survenir dans chaque groupe d'âge pour une population type.

Recensement ...Décompte officiel de tous les membres d'une population par un gouvernement.

Réfugié ...Voir « réfugié » au sens de la Convention.

Réfugié au sens de la Convention ...Personne qui a pu établir qu'elle craignait d'être persécutée dans son pays d'origine du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques. Au Canada, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISRC), Section du statut de réfugié (SSR), détermine qui est un réfugié au sens de la Convention.

Risque relatif (RR) ...Incidence d'une maladie dans un groupe exposé par rapport à l'incidence de cette maladie dans un groupe non exposé (p.ex., le RR des fumeurs par rapport aux non fumeurs pour l'apparition du cancer du poumon est de 4,0 [soit « quatre fois » le risque]. Un RR de 1,0 signifie qu'il n'y a aucun risque associé au facteur considéré.

Santé mentale ...Fait référence tant aux troubles mentaux qu'à une santé mentale satisfaisante.

Sous-emploi ...Travail qui n'exploite pas pleinement les aptitudes d'une personne, notamment lorsque ce travail ne correspond pas à la profession ou au corps de métier pour lequel la personne a reçu une formation.

Surveillance ...Collecte d'information sur les cas de maladie.

Taux de mortalité infantile ...Nombre de décès au cours de la première année de vie pour 1 000 naissances vivantes.

Taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) ...Statistique récapitulative qui prend en compte les différences au niveau de la composition par âge des populations faisant l'objet de la comparaison, en appliquant les taux de mortalité par âge des populations comparées à une « population type ».

Taux de mortalité périnatale	...Nombre de décès dans les sept premiers jours suivant l'accouchement pour 1 000 naissances vivantes.
Travailleurs qualifiés	...Immigrants choisis en raison du caractère approprié de leurs qualifications pour la main-d'œuvre canadienne, ainsi que leur conjoint et leurs enfants.
Utilisation des services de santé (USS)	...Degré auquel une communauté utilise les services de santé disponibles. Dans le présent rapport, l'USS a reçu une définition large pour inclure les services médicaux (p.ex., consultations de médecins et de spécialistes, utilisation des hôpitaux), les services de santé mentale, les services préventifs de santé et les approches de médecine complémentaire et parallèle (MCP).
Visiteur	...Personne qui a été légalement admise au Canada et qui y séjourne à titre de touriste, d'étudiant ou de travailleur.

Références

Acevedo, M. « The role of acculturation in explaining ethnic differences in the prenatal health-risk behaviours, mental health, and parenting beliefs of Mexican American and European American at-risk women », *Child Abuse and Neglect*, vol. 24, n° 1 (2000), p.111 à 127.

Adler, P.S. « The transitional experience: An alternative view of culture shock », *Journal of Humanistic Psychology*, vol. 15, n° 4 (1975), p.13 à 23.

Adrien, A., G. Godin, P.Cappon, S. Manson-Singer, E. Maticka-Tyndale, et D. Willms. « Overview of the Canadian study on the determinants of ethnoculturally specific behaviours related to HIV/AIDS », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 81, Numéro supplémentaire 1 (1996), p.S4 à S10.

Alvidrez, J., F. Azocar et J. Miranda. « Demystifying the concept of ethnicity for psychotherapy researchers », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, n° 5 (1996), p.903 à 908.

Anand, S., S. Yusuf, V. Vuksan, et S. Devanesen. « Differences in risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease between ethnic groups in Canada: The Study of Health Assessment and Risk in Ethnic groups (SHARE) », *The Lancet*. vol. 356 (2000), p.279 à 284.

Andersen, R. et J.F. Newman. « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 51 (1973), p.95 à 124.

Anderson, J., M. Moeschberger, M.S. Jr. Chen, P.Kunn, M.E. Wewers et R. Guthrie. An acculturation scale for Southeast Asians », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 28, n° 3 (1993), p.134 à 141.

Anisef, P., et K.M. Kilbride. *The Needs of Newcomer Youth and Emerging Best Practices to Meet Those Needs – Final Report*, Settlement Directorate, Ontario Region, Citoyenneté et Immigration Canada, du Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement, Toronto, 2001. http://ceris.metropolis.net

Aponte, J.F. et J.M. Barnes. « Impact of acculturation and moderator variables on the intervention and treatment of ethnic groups » dans J.F. Aponte, R.Y. River et J. Wohl (dir.), *Psychological Interventions and Cultural Diversity*, p.19 à 39, Boston, Allyn & Bacon, 1995.

Araki, H., H.Watanabe, T. Mishina et M. Nakao. « High-risk group for benign prostatic hypertrophy », *Prostate*, vol. 4 (1983), p.253 à 264.

Auslander, W.F., S.J. Thompson, D. Dreitzer et J.V. Santiago. « Mother's satisfaction with medical care: Perceptions of racism, family stress, and medical outcomes in children with diabetes ». *Health and Social Work*, vol. 23, n° 3 (1997), p.190 à 199.

Aycan, Z. et J.W. Berry. « Impact of employment-related experiences on immigrants psychological well-being and adaptation to Canada », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 28, n° 3 (1996), p.240 à 251.

Bagheri, A. « Psychiatric problems among Iranian immigrants in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 37, n° 1 (1992), p.7 à 11.

Balajaran, R. et B. Botting. « Perinatal mortality in England and Wales: Variations by mother's country of birth », *Health Trends*, vol. 51 (1989), p.79 à 84.

Balzi, D., A. Geddes, A.Brancker et D.M. Parkin. « Cancer mortality in Italian immigrants and their offspring in Canada », *Cancer Causes and Control*, vol. 6, n° 1 (1995), p.68 à 74.

Barudy, J. « A program of mental health for political refugees: Dealing with the invisible pain of political exile », *Social Science and Medicine*, vol. 28, n° 7 (1989), p.715 à 727.

Barwick, C. et J. Campbell. *Implementing a Shared Vision: A Symposium on Models of Care in a Pluralistic Canada*, Toronto, Culture, Community, and Health Studies, Centre for Addiction and Mental Health, Faculty of Medicine, University of Toronto, 1993.

Battaglini, A., A. Fortin, B. Heneman, M.C. Laurendeau et M. Tousignant. *Bilan des interventions en soutien parental et en stimulation infantile auprès de clientèles pluriethniques*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Rapport de recherche, 1997.

Battaglini, A., S. Gravel, C. Poulin, J. Brodeur, D. Duranc, et S. DeBlois. *Identification des facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale.* Projet CESAF, 1999.

Beiser, M. « Influences of time, ethnicity, and attachment on depression in Southeast Asian refugees », *American Journal of Psychiatry*, vol. 145 (1988), p.46 à 51.

___. Migration: Opportunity or mental health risk », *Triangle*, vol. 29, n° 2/3 (1990), p.83 à 90.

___. *Strangers at the Gate: The "Boat People's" First Ten Years in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1999.

Beiser, M., M. Cargo et M.A. Woodbury.« A comparison of psychiatric disorder in different cultures: Depressive typologies in Southeast Asian refugees and resident Canadians », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 4 (1994), p.157 à 179.

Beiser, M., G. Devins, R. Dion, I. Hyman et E. Lin. *Immigration, Acculturation and Health*, rapport définitif présenté au Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), 1997.

Beiser, M., R. Dion, A. Gotowiec, I. Hyman et N. Vu. 1995. « Immigrant and refugee children in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 40, n° 2 (1995), p.67 à 72.

Beiser, M., K. Gill et R.G. Edwards. « Mental health care in Canada: Is it accessible and equal? », *Santé mentale au Canada*, vol. 41, n° 2 (1993), p.2 à 7.

Beiser, M. et F. Hou. *A Longitudinal Study of Acculturation, Perceived Prejudice and Depression Among Southeast Asian Refugees in Canada*, document de travail, Culture, Community and Health Studies, Centre for Addiction and Mental Health, Faculty of Medicine, University of Toronto, à paraître.

Beiser, M., F. Hou, I. Hyman et M. Tousignant. « Family process and the mental health of new immigrant children », *American Journal of Public Health*, à paraître.

Beiser, M. et I. Hyman. « Southeast Asian Refugees in Canada » dans I. Al-Issa et M. Tousignant (dir.), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*, p.35 à 56, New York, Plenum Press, 1997.

___. *La santé mentale des adolescents réfugiés d'Asie du Sud-Est au Canada: déterminants des risques et de la résistance*, Ottawa, Santé Canada, PNRDS, projet n° 6606-5065-63, 1998.

Beiser, M., R.J. Turner et S. Ganesan. « Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees », *Social Science and Medicine*,vol. 28, (1989), p.183 à 195.

Berkanovic, E. et L.G. Reeder. « Ethnic, economic and social psychological factors in the source of medical care », *Social Problems*, vol. 21 (1973), p.246 à 259.

Berry, J.W. « Immigration, acculturation and adaptation », *Applied Psychology: An International Review*,vol. 46, n° 1 (1997), p.5 à 34.

___. « Psychology of Acculturation » dans N.R. Goldberg et J.B. Veroff (dir.), *The Culture and Psychology Reader*, p.457 à 488, New York, New York University Press, 1995.

Berry, J.W., J.E. Trimble et E.L. Olmedo. « Assessment of acculturation », dans W.J. Lonner et J.W. Berry (dir.), *Field Methods in Cross-Cultural Research*, p.291 à 327. Beverley Hills, Californie, Sage, 1986.

Binkin, N.J., P.L. Zuber, C.D. Wells, M.A. Tipple et K.G. Castro. « Overseas screening for tuberculosis in immigrants and refugees to the United States: Current status », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 23, n° 6 (1996), p.1226 à 1232.

Bird, J.A., S.J. McPhee, N.T. Ha, B. Le, T. Davis et C.N. Jenkins. « Opening pathways to cancer screening for Vietnamese-American women », *Preventive Medicine*, vol. 27, n° 6 (1998), p.821 à 829.

Boehnlein, J.K. et J.D. Kinzie. « Refugee trauma », *Transcultural Psychiatric Research Review*, vol. 32 (1995), p.223 à 252.

Boon, H.S. et A.H.C. Wong. « Complementary medicine use among ethnic minority groups and recent Canadian immigrants », dans J. Rummens, M. Beiser et S. Noh (dir.), *Immigration, Health and Ethnicity*, Toronto, University of Toronto Press, à paraître.

Bottorff, J.L., J.L. Johnson, R. Bhagat, S. Grewal, L.G. Balneaves, H. Clarke et B.A. Hilton. « Beliefs related to breast health practices: The perceptions of South Asian women living in Canada », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 12 (1998), p.2075 à 2085.

Brancker, A. « La tuberculose au Canada, 1989 », *Rapports sur la santé*, vol. 3, n° 1 (1991), p.82 à 96.

Bundey, S., H. Alam, A. Kaur, S. Mir et R. Lancashire. « Why do UK-born Pakistani babies have high perinatal and neonatal mortality rate? », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 5, n° 1 (1991), p.101 à 114.

Burnam, M.A., R.L. Hough, M. Karno, J.I. Escobar et C.A. Telles. « Acculturation and lifetime prevalence of psychiatric disorders among Mexican Americans in Los Angeles », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 28 (1987a), p.89 à 102.

Burnam, M.A., C.A. Telles, M. Karno, R.L. Hough et J.I. Escobar. « Measurement of acculturation in a community population of Mexican Americans », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 9, n° 2 (1987b), p.105 à 130.

Cabral, H., L.E. Fried et S. Levenson. « Foreign-born and US-born Black women: Differences in health behaviours and birth outcomes », *American Journal of Public Health*,vol. 80 (1990). p.70 à 72.

Cairney, J. et T. Ostbye. « Time since immigration and excess body weight », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, n° 2 (1999), p.120 à 124.

Calzavara, L., E. Tharao et T. Myers. *HIV/AIDS in East African Communities Living in Toronto: Results of a Feasibility Study, Final Report*, Toronto, HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, Faculty of Medicine, University of Toronto, 2000.

Conseil canadien de la santé multiculturelle. « Proceedings of the Canadian Council on Multicultural Health », dans: *First Nations Conference*, Toronto, le Conseil, 1989.

Cancer Care Ontario. *Cancer Incidence and Mortality in Ontario, 1964–1996*, Cancer Care Ontario, 2000.

Carballo, M., J.J. Divino et D. Zeric. « Migration and health in the European Union », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, n° 12 (1998), p.936 à 944.

Cardoso, M.A., G.S. Hamada, J.M. de Souza, S. Tsugane et S. Tokudome. « Dietary patterns in Japanese migrants to southeastern Brazil and their descendants », *American Journal of Epidemiology*, vol. 7 (1997), p.198 à 204.

Chavez, L., W. Cornelius et O. Jones. « Mexican immigrants and the utilization of U.S. health services: The case of San Diego », *Social Science and Medicine*, vol. 21, n° 1 (1985) p.93 à 102.

Chen, J., E. Ng, et R. Wilkins. « La santé des immigrants au Canada en 1994–95 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4 (1996a), p.37 à 50.

___. « Espérance de santé selon le statut d'immigrant », *Rapport sur la santé*, vol. 8, n° 3 (1996b), p.31 à 41.

Cheung, Y.W. « Ethnic identification and alcohol use among Canadian-born and foreign-born high school students in Toronto », *International Journal of Aging and Human Development*, vol. 28, n° 11 (1993), p.1095 à 1109.

Chi-Ying Chung, R. et M. Kagawa-Singer. « Predictors of psychological distress among Southeast Asian refugees », *Social Science and Medicine*, vol. 36, n° 5 (1993), p.631 à 639.

Chitty, L.S. et R.M. Winter. « Perinatal mortality in different ethnic groups », *Archive of Disease in Childhood*, vol. 64, n° 7 (1989), p.1036 à 1041.

Choudhry, U.K. « Health promotion among immigrant women from India living in Canada » *Image – The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 30, n° 3 (1998), p.269 à 274.

Citoyenneté et Immigration Canada. *Le programme d'immigration au Canada*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998.

___. *Statistiques sur la citoyenneté et l'immigration, 1996*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999.

___. *Faits et chiffres 1999, Aperçu de l'immigration*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000.

___. « A Report on the Experience of Sponsors of Kosovar Refugees in Ontario », rapport non publié préparé par le Centre for Refugee Studies, York University and the Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement (CERIS), avril 2001.

Clinton-Davis, L. et Y. Fassil. « Health and social problems of refugees », *Social Science and Medicine*, vol. 35, n° 4 (1992), p.507 à 513.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999a.

___. *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur le santé de la population canadienne*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999b.

Conseil canadien de la santé multiculturelle. « Proceedings of the Canadian Council on Multicultural Health », dans: *First Nations Conference*, Toronto, le Conseil, 1989.

Cortes, D.E., L.H. Rogler et R.G. Malgady. « Biculturality among Puerto Rican adults in the United States », *American Journal of Community Psychology*, vol. 22, n° 5 (1994), p.707 à 721.

Cousineau, D. « Relation entre la santé globale et la consommation des soins chez les immigrants du Québec », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 82 (1991) p.341 à 343.

Cowie, R.L., et J.W. Sharpe. « Tuberculosis among immigrants: Interval from arrival in Canada to diagnosis: A 5-year study in Alberta », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol.158, n° 5 (1998) p.599 à 602.

Cuellar, I., L. Harris et R. Jasso. « An acculturation scale for Mexican American normal and clinical populations », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 2 (1980) p.199 à 217.

Dasgupta, K., K. Schwartzman, R. Marchand, .T.N. Tennenbaum, P.Brassard et D. Menzies. « Comparison of cost effectiveness of tuberculosis screening of close contacts and foreign-born populations », *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, vol. 162 (2000), p.2079 à 2086.

Davies, P.D. « Tuberculosis and migration. The Mitchell Lecture 1994 », *Journal of the Royal College of Physicians of London*, vol. 29, n° 2 (1995), p.113 à 118.

Decostas, J. et A. Adrien. « Migration and HIV », *AIDS*, vol. 11, numéro supplémentaire A (1997), p.S77 à S84.

DeSantis, L. « Reproductive health » dans S. Loue (dir.), *Handbook of Immigrant Health*, p.449 à 475, New York, Plenum Press, 1998.

DeVoretz, D. *Diminishing Returns: The Economics of Immigration Policy,* Toronto, University of Toronto Press, 1995.

Dillmann, E., R. Pablo et A. Wilson. « Patterns of health problems observed among newly arrived refugees to Canada » dans Masi, R., Mensah, L., et McLeod, K.A. (dir.), *Health and Cultures. Exploring the Relationships. Vol 2. Programs, Services and Care*, p.253 à 258, Oakville, Ont., Mosaic Press, 1993.

Donovan, J.L. « Ethnicity and health: A research review », *Social Science and Medicine*, vol. 19 (1984), p.663 à 670.

Donovan, J., E. d'Espaignet, C. Metron, et M. van Ommeren (dir.). *Immigrants in Australia: A Health Profile*, Canberra, AGPS, 1992.

Dossa, P.*The Narrative Representional of Mental Health*, Vancouver, Research on Immigration and Integration in the Metropolis, 1999.

Doucet, H., M. Baumgarten et C. Infante-Rivard. « Risk of low birthweight and prematurity among foreign-born mothers », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 83, n° 3 (1992), p.192 à 195.

Doucet, H., M. Fortier, S. Gravel et coll. *Mères et mondes*. Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; CLSC Côte-des-Neiges; CLSC René-Cassin, 1996.

Dunn, J.R. et I. Dyck. « Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, vol. 51 (2000), p.1573 à 1593.

Edman, J.L., et V.A. Kameoka. « Cultural differences in illness schemas: An analysis of Filipino and American illness attributions », *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 28, n° 3 (1997), p.252 à 265.

Edwards, N.C. et J.F. Boivin. 1997. Ethnocultural predictors of postpartum infant-care behaviours among immigrants in Canada. *Ethnicity and Health*, vol. 2, n° 3 (1997), p.169 à 176.

Erickson, R.V. et G.N. Hoang. « Health problems among Indochinese refugees » *American Journal of Public Health*, vol. 70, n° 9 (1980), p.1003 à 1006.

Escobar, J.I. « Immigration and mental health: Why are immigrants better off? » *Archives of General Psychiatry*, vol. 55, n° 9 (1998), p.781 à 782.

Flaskerud, J.H. « A comparison of perceptions of problematic behaviour by six minority groups and mental health professionals », *Nursing Research*,vol. 33, n° 4 (1984), p.190 à 197.

Flaskerud, J.H. et S. Kim. « Health problems of Asian and Latino immigrants », *Nursing Clinics of North America*, vol. 34, n° 2 (1999), p.359 à 380.

Fondation des maladies du cœur du Canada. *Le nouveau visage des maladies cardio-vasculaires et des accidents cérébro-vasculaires au Canada, 2000*,. Ottawa, la Fondation, 1999.

Ford-Jones, L. Associate Professor, Hospital for Sick Children, Toronto, communication personnelle.

Ford-Jones, L., E. Kelly, E. Wilk, M.J. Harding, M. Fearon, E. Wallace, M. Feldman, M. Naus, A. Bentsi-Enchill et coll. « Hepatitis B Status at Delivery in a Predominantly Immigrant Population » Exposé présenté lors de la quatrième Conférence nationale sur l'immigration, 2000.

Fowler, N. « Providing primary health care to immigrants and refugees: The North Hamilton experience », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 159, n° 4 (1998), p.388 à 391.

Franks, F. et S.A. Faux. « Depression, stress, mastery, and social resources in four ethnocultural women's groups », *Research in Nursing and Health*, vol. 13 (1990), p.283 à 292.

Fries, C.J., et K.S. Menzies. « Gullible fools or desperate pragmatists? A profile of people who use rejected alternative health care providers », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 91, n° 3 (2000), p.217 à 219.

Friis, R., A. Yngve et V. Persson. « Review of social epidemiologic research on migrants' health: Findings, methodological cautions, and theoretical perspectives », *Scandinavian Journal of Social Medicine*, vol. 26, n° 3 (1998), p.173 à 180.

Fuller-Thomas, E., J. Lee, E. Lawson, N. Chaudhuri et M. Thompson. « Self-care strategies for managing respiratory illness in south-east Toronto: Life histories of Chinese and Caribbean immigrants », *Revue canadienne des sciences régionales*, vol. 20, n° 1 (1997), p.255 à 268.

Gagnon, A.J., G. Dougherty, V. Jimenez et N. Leduc. « A randomized trial of postpartum care following hospital discharge », *Paediatric Research Program Issues*, 1999.

Gardam, M., Medical Director, Tuberculosis Clinic, Associate Hospital Epidemiologist, Division of Infectious Diseases, University Health Network, communication personnelle.

George, U. 1998. « Caring and women of colour: Living the intersecting oppressions of race, class, and gender » dans Anonyme (dir.), *Women's Caring*, Oxford University Press, 1998.

Ghaemi-Ahmadi, S. « Attitudes toward breast-feeding and infant feeding among Iranian, Afghan, and Southeast Asian immigrant women in the United States: Implications for health and nutrition education », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 92 (1992), p.354 à 355.

Globerman, S. *Immigration and Health Care Utilization Patterns in Canada*, Vancouver, recherche sur l'immigration et l'intégration dans le cadre du projet Metropolis, 1998.

Goel, V. « Factors associated with cervical cancer screening: Results from the Ontario Health Survey », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 85 (1994), p.125 à 127.

Goel, V. et S. Mercer. *Factors Associated with Mammography Utilization: Results from the Ontario Health Survey*, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1999.

Green-Finestone, L., W. Feldman, H. Heick et B. Luke. « Infant feeding practices and socio-demographic factors in Ottawa-Carleton », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 80 (1989), p.173 à 176.

Greenhalgh, P.« Diabetes in British South Asians: Nature, nurture and culture », *Diabetic Medicine*, vol. 14, n° 1 (1997), p.10 à 18.

Grenville-Mathers, R. et J.B. Clark. « The development of tuberculosis in Afro-Asian immigrants », *Tubercle*, vol. 60 (1979), p.25 à 29.

Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. *Puis, la porte s'est ouverte : problème de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1988.

Guarnaccia, P.J. et S. Lopez. « The mental health and adjustment of immigrant and refugee children », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 7, n° 3 (1998), p.537 à 553.

Guttman, M.C. « Ethnicity, alcohol and acculturation », *Social Science and Medicine*, vol. 48 (1999), p.173 à 184.

Haitt, R.A., R.J. Pasick., E.J. Perez-Stable., S.J. McPhee, L. Engelstad, M. Lee, F Sabogal, C.N. D'Onofrio et S. Stewart. « Pathways to early cancer detection in the multiethnic population of the San Francisco Bay Area », *Health Education Quarterly*, vol. 23, numéro supplémentaire (1996).

Hankin, J.H., L. Kolonel, K. Yano, L. Heilbrun et A. Nomura. « Epidemiology of diet-related diseases in the Japanese migrant population of Hawaii », *Proceedings of the Nutrition Society of Australia*, vol. 8 (1983), p.22 à 40.

Harlan, L.C., A.B. Bersten et L.G. Kessler. « Cervical cancer screening: Who is not screened and why? », *American Journal of Public Health*, vol. 81, n° 7 (1991), p.885 à 890.

Hastings Institute. *A Model for Organizational Change and Working Towards Cultural Competence*, 1994.

Hauff, E. et P.Vaglum. « Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees. A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors », *Journal of Nervous et Mental Disease*, vol. 182, n° 2 (1994), p.85 à 90.

Hazuda, H.P., M. P. Stern et S.M. Haffner. « Acculturation and assimilation among Mexican-Americans: Scales and population-based data », *Social Science Quarterly*, vol. 69 (1988), p.687 à 706.

Helman, C. *Culture, Health and Illness*, London, Butterworth Heinemann, 1990.

Henneman, B., G. Legault, S. Gravel, S. Fortin et E. Alvarado. *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*, École de service social, Université de Montréal et Direction de la santé publique, rapport de recherche, 1994.

Hershfield, E.S., Professor, Dept. of Medicine and Community Health Services, University of Manitoba, and TB consultant to Health Canada and to the World Health Organization, communication personnelle.

Hersi, A., K. Elwood, R.L. Cowie et D.L.R. Kunimoto. « Multidrug-resistant tuberculosis in Alberta and British Columbia, 1989 to 1998 », *Canadian Respiratory Journal*, vol. 6, n° 2 (1999), p.155 à 160.

HIVInsite. *Monitoring the AIDS Pandemic, HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces,* Programme conjoint de l'ONU de lutte contre le VIH/SIDA, Organisation mondiale de la Santé et Pan American Health Organization, 2000.

Hopkins, S., B.M. Bargetts et B.K. Armstrong. « Dietary change among Italians and Australians in Perth », *Community Health Studies*, vol. 4 (1980), p.67 à 75.

Hughes, L.O., J.H. Cruickshanks et E.B.Wright. « Disturbances of insulin in British Asian and white men surviving myocardial infarction », *British Medical Journal*, vol. 299 (1989). p.537 à 541.

Hull, D. « Migration, adaptation, and illness: A review », *Social Science and Medicine*, vol. 13A (1979), p.25 à 36.

Huraux-Rendu, C., C. Attali-Marot et F. Bourdillon. « La migration familiale: une pathologie de la femme migrante et des nouveau-nés, étude des facteurs de risque et recherche de mesures préventives », *Journal de pathologie des migrants*, vol. 34 (1984), p.3231 à 3239.

Hurst, L. « Immigrants face new screening for disease », *Toronto Star*: A1 A6, 3 décembre 2000.

Hyman, I. *Changes in health behaviour following immigration An acculturation model.* PNRDS. Rapport final – Bourse nationale de niveau post-doctorat, n° du projet : 6606-5529-48, 1997.

___. *Étude documentaire – Les mécanismes les plus efficaces pour modifier les comportements à risque pour la santé*, Toronto, Rapport présenté au Conseil ontarien des services de santé pour les femmes. Conseil des services de santé pour les femmes, 1999. http://www.womenshealthcouncil.com/F/index.html

Hyman, I., M. Beiser, S. Noh et N. Vu. « Perceptions of stress in Southeast Asian refugee youth: Implications for the development of culturally appropriate measures », dans F. Fhearn (dir.), *Psychosocial Well-Being of Refugees: Qualitative and Quantitative Research Issues*, New York, Berghahn Books, 2000a.

Hyman, I., M. Beiser et N. Vu. « Post-migration stress among Southeast Asian refugee youth in Canada: Universal, culture-specific and situational », *Journal of Comparative Family Studies*, vol. 31, n° 2 (2000b), p.281 à 294.

Hyman, I. et G. Dussault. « The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, n° 3 (1996), p.158 à 162.

___. « Negative consequences of acculturation: Low birthweight in a population of pregnant immigrant women », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 91, n° 5 (2000), p.357 à 361.

Hyman, I., et S. Guruge. *Health Promotion for Immigrant Women' Findings from a Critical Appraisal*, Vancouver: Removing Barriers II – Inclusion, Diversity and Social Justice in Health, 2000.

Hyman, I., S. Guruge, F. Ahmad, et D.E. Stewart. « Primary prevention of violence against women », *Women's Health Issues*, vol. 10, n° 6 (2000c), p.288 à 293.

Hyman, I., F. Hou., R. Dion et M. Beiser. *Depression and Mental Health Care Utilization of Immigrants during the Course of Resettlement*, Toronto, Poster at Harvey Stancer Research Day, Centre for Addiction and Mental Health, 1997.

Hyman, I., D.E. Stewart, J.I. Cameron et M.Singh. « Physician-Related Determinants of Cervical Cancer Screening among Chinese and Vietnamese Women in Toronto », Ottawa, Conférence de l'Association canadienne de santé publique, Octobre 2000d.

Hyman, I., C. Peters et R. Allen. *Community Mapping Initiatives: Caribbean Community in Toronto, Former Yugoslavian Community in Toronto*, rapport final du Comité des services ethnoraciaux du programme conjoint de psychiatrie, Centre for Addiction and Mental Health, Mount Sinai Hospital, Toronto, 2000e.

Immigrant Women's Health Centre. *Immigrant Women and AIDS*, Toronto, 1994.

Iunes, M., L. Franco, S. Ferreira, L. Iochida, K. Osiro, W. Fujimoto et coll. « Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in first and second-generation Japanese-Brazilians », résumés, 15th International Diabetes Federation Congress, Kobe, Japon, 1994, p.118.

Janes, C.R. et I.G. Pawson. 1986. Migration and biocultural adaptation: Samoans in California. *Social Science and Medicine*, vol. 22 (1986), p.821 à 833.

Janzen, B.L. *Women, Gender and Health: A Review of the Recent Literature*, Prairie Women's Health Centre of Excellence, 1998. http://www.pwhce.ca

Jolly, K.S., P.Pais et C.S. Rihal. « Coronary artery disease among South Asians: Identification of a high risk population », *Journal canadien de cardiologie*, vol. 12, n° 6 (1996), p.569 à 571.

Kahler, L., C. Sobota et C. Hines. « Pregnant women at risk: An evaluation of the health status of refugee women in Buffalo, New York », *Health Care for Women International*, vol. 17, n° 1 (1996), p.15 à 23.

Karmi, G. « Refugee health », *British Medical Journal*, vol. 305 (1992), p.205 à 206.

Kasl, S.V. et L. Berkman. « Health consequences of the experience of migration », *Annual Review of Public Health*, vol. 4 (1983), p.69 à 90.

Kent, J.H. « The epidemiology of multidrug-resistant tuberculosis in the United States », *Medical Clinics of North America*, vol. 77, n° 6 (1993), p.1391 à 1409.

Kerbel, D. « Epidemiology of tuberculosis in Ontario, 1995 », *Public Health Epidemiology Report Ontario (PHERO)*, vol. 8, n° 4 (1997), p.81 à 93.

Kernohan, E.E.M. « Evaluation of a pilot study for breast and cervical cancer screening with Bradford's minority ethnic women: A community development approach, 1991–1993. *British Journal of Cancer*, vol. 74, numéro supplémentaire (1996), p.S42 à S46.

Kessel, G.C.J. *Le programme d'immigration du Canada*, 1998. http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/vankessel.html

King, H., J.Y. Li, F.B. Locke, E.S. Pollack et J.T. Tu. « Patterns of site-specific displacement in cancer mortality among migrants: The Chinese in the United States», *American Journal of Public Health*, vol. 75 (1985), p.237 à 242.

King, H., et F.B. Locke. « Cancer mortality among Chinese in the United States », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 65 (1980), p.1141 à 1148.

Kinnon, D. *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Kinzie, J.D., J.K. Boehnlein, P.K. Leung, P.J. Moore, C. Riley et D. Smith. « The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees », *American Journal of Psychiatry*, vol. 147 (1990), p.913 à 917.

Kirmayer, L., G. Galbaud du Fort, A. Young, M. Weinfeld et J.C. Lasry. *Pathways and Barriers to Mental Health Care in an Urban Multicultural Milieu: An Epidemiological and Ethnographic Study*, Culture and Mental Health Research Unit, Sir Mortimer B. Davis – Jewish General Hospital. Report No. 6 (Part 1), 1996.

Kliewer, E.V. « Immigrant suicide in Australia, Canada, England and Wales, and the United States », *Journal of the Australian Population Association*, vol. 8, n° 2 (1991), p.111 à 128.

___. « Epidemiology of diseases among migrants », *International Migration Quarterly Review*, vol. 30 (1992), p.141 à 165.

___. « Benign prostatic hyperplasia morbidity and mortality among immigrants in Australia and Canada », *The Prostate*, vol. 28 (1996), p.211 à 218.

Kliewer, E.V. et J.R.G. Butler. *Hospital Morbidity Patterns and Costs of Immigrants in Australia*, Australie, The National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University, 1995.

Kliewer, E.V. et R. Jones. *Immigrant Health and the Use of Medical Services: Results from the Longitudinal Survey of Immigrants to Australia*, Australie, Department of Immigration and Multicultural Affairs, 1997.

___. *Changing Patterns of Immigrant Health and Use of Medical Services. Results from the Longitudinal Survey of Immigrants to Australia (LSIA)*, Australie, Department of Immigration and Multicultural Affairs, 1998.

Kliewer, E.V. et A. Kazanjian. *Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A Pilot Study*, Vancouver, BC Office of Health Technology Assessment, 2000.

Kliewer, E.V. et K.R. Smith. « Breast cancer mortality among immigrants in Australian and Canada », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 87, n° 15 (1995a), p.1154 à 1161.

___. « Ovarian cancer mortality among immigrants in Australia and Canada », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 4, n° 5 (1995b), p.453 à 458.

Kliewer, E.V. et D. Ward. « Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country », *American Journal of Epidemiology*, vol. 127, n° 3 (1988), p.640 à 653.

Kobayashi, A., E. Moore et M. Rosenberg. *Quel est le bilan de santé des enfants immigrants?* Ottawa, Développement des ressources humaines Canada, 1988.

Kouris-Blazos, A., M.L. Wahlgvist, A. Trichopoulou, E. Polychronopoulos et D. Trichopoloulos. « Health and nutritional status of elderly Greek migrants to Melbourne, Australia », *Age Ageing*, vol. 25 (1996), p.177 à 189.

Kramer, M.S. « Interuterine growth and gestational determinants », *Paediatrics*, vol. 80 (1987), p.502 à 511.

Landrine, H. et E.A. Klonoff. « The African American Acculturation Scale: Development, Reliability, and Validity », *Journal of Black Psychology*, vol. 20, no 2 (1994), p.104 à 127.

Laroche, M. « Health Status and Health Services Utilization of Canada's Immigrant and Non-Immigrant Populations », *Analyse de Politiques*, vol. XXVI, n° 1 (2000), p.51 à 73.

Leclere, F.B., L. Jensen et A.E. Biddlecom. « Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 35, n° 4 (1994), p.370 à 384.

Lesjak, M., M. Hua et J. Ward. « Cervical screening among immigrant Vietnamese women seen in general practice: Current rates, predictors and potential recruitment strategies », *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 23, no2 (1999), p.168 à 173.

Li, P.« The market value and the social value of race », dans V. Satzewich (dir.), *Racism and Social Inequality in Canada*, p.115 à 130, Toronto, Thompson Publishing, 1998.

Liebkind, K. « Acculturation and stress: Vietnamese refugees in Finland », *Journal of Crosscultural Psychology*, vol. 27, n° 161 (1996), p.180

Lilienfeld, A.M. et D.E. Lilienfeld. *Foundations of Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 1980.

Lin, K.M. « Psychopathology and social disruption in refugees », dans C.L. Williams et J. Westermeyer (dir.), *Refugee mental health in resettlement countries*, p.61 à 73, Washington, D.C., Hemisphere, 1986.

Locker, D., M. Clark et H. Murray. « Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, n° 3 (1998), p.177 à 181.

Luke, K. « Cervical cancer screening: Meeting the needs of minority ethnic women », *British Journal of Cancer*, vol. 74, numéro supplémentaire (1996), p.S47 à S50.

Ma, G.X. « Between two worlds: The use of traditional and western health services by Chinese immigrants », *Journal of Community Health*, vol. 24, n° 6 (1999), p.421 à 437.

Maclean, H. « Breastfeeding in Canada: A demographic and experiential perspective », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 59, n° 1 (1998), p.15 à 23.

Manson-Singer, S., D. Willms, A. Adrien, G. Godin, E. Maticka-Tyndale et P.Cappon. *South Asian Immigrants' Risk Factors for HIV Transmission in Vancouver, Canada*, Vancouver, Centre for Human Settlements, 1996.

Marin, G. « Issues in measurement of acculturation among Hispanics », dans K.F. Geisinger (dir.), *Psychological testing of Hispanics*, p.235 à 251, Washington, D.C., American Psychological Association, 1992.

Marmot, M.G., G.D. Smith, S. Stansfeld, C. Patel, F. North, J., Head, I. White, E. Brunner et A. Feeney. « Health inequality among British civil servants: The Whitehall II Study », *Lancet*, vol. 337 (1991), p.1387 à 1393.

Marmot, M.G. et S.L. Syme. « Acculturation and coronary heart disease in Japanese Americans », *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, n° 3 (1976), p.225 à 247.

Maskarinec, G. « Breast cancer – Interaction between ethnicity and environment », *In Vivo*, vol. 14 (2000), p.115 à 124.

Maticka-Tyndale, E., G. Godin et G. LeMay. « Canadian ethnocultural communities facing AIDS: Overview and summary of survey results from Phase III », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, numéro supplémentaire 1 (1996), p.S38 à S43.

Matsuoka, A. et J. Sorenson. « Ethnic identity and social service delivery: Some models examined in relation to immigrants and refugees from Ethiopia », *Revue canadienne de service social*, vol. 8, n° 2 (1991), p.255 à 268.

Matuk, L.C. « Alcohol use by newcomers », *American Journal of Health Behavior*, vol. 20, n° 2 (1996a), p.42 à 49.

___. « Pap smear screening practices in newcomer women », *Women's Health Issues*, vol. 6, n° 2 (1996b), p.82 à 88.

___. « Health status of newcomers », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, n° 2 (1996c), p.52 à 55.

McKeigue, P.M., J.E. Ferrie et T. Pierpoint. « Association of early onset coronary heart disease in South Asian men with glucose intolerance and hyperinsulinemia », *Circulation*, vol. 87 (1993), p.142 à 161.

McKeigue, P.M., G.J. Miller et M.G. Marmot « Coronary heart disease in South Asians overseas: A review », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 42, n° 7 (1989), p.597 à 609.

McKenna, M.T., E. McCray et I. Onorato. « The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 332 (1995), p.1071 à 1076.

McPhee, S., J.A. Bird, T. Davis, N.T. Ha, C. Jenkins et B. Le. « Barriers to breast and cervical cancer screening among Vietnamese-American women », *American Journal of Preventative Medicine*, vol. 13, n° 3 (1997), p.205 à 213.

McSherry, G. et E. Connor « Current epidemiology of tuberculosis », *Pediatric Annals*, vol. 22, n° 10 (1993), p.600 à 604.

McSpadden, L.A. « Ethiopian refugee resettlement in the Western United States: Social context and psychological well-being », *International Migration Review*, vol. 21, n° 3 (1987), p.796 à 819.

Meier, R., J. Sadavoy, A. Ong et N. Ramalingam. « Barriers to Accessing Mental Health Services for Ethnoracial Seniors », Toronto, Invitational conference, Avril 1997.

Menzies, R., C.H. Chan et B. Vissandjee. « Impact of immigration on tuberculosis infection among Canadian-born schoolchildren and young adults in Montreal », *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, vol. 156 (1997), p.1915 à 1921.

Menzies, R., B. Vissandjee et D. Amyot. « Factors associated with tuberculin reactivity among the foreign-born in Montreal », *American Review of Respiratory Disease*, vol. 142 (1992), p.752 à 756.

Meyerowitz, B.E., J. Richardson, S. Hudson et B. Leedham. « Ethnicity and cancer outcomes: Behavioural and psychosocial considerations », *Psychological Bulletin*, vol. 123, n° 1 (1998), p.47 à 70.

Michielutte, R., J.M. Ernest et M.L. Moore. « A comparison of risk assessment models for term and preterm low birthweight », *Preventive Medicine*, vol. 21 (1992), p.98 à 109.

Millar, W.J. « Use of alternative health care practitioners by Canadians », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 88, n° 3 (1997), p.154 à 158.

Millet, P.E., B.F. Sullivan, A.I. Schwebel et L.J. Myers. « Black Americans' and white Americans' views of etiology and treatment of mental health problems », *Community Mental Health Journal*, vol. 323 (1996), p.235 à 260.

Misri, S. « Mental health and immigration », *Médecin de famille canadien*, vol. 32 (1986), p.1311 à 1313.

Morrison, L., S. Guruge et K. Snarr. « Sri Lankan Tamil immigrants in Toronto: gender, marriage patterns, and sexuality » dans G. Kelson et B. Delaureat (dir.), *Gender, Immigration, and Policy*, p.144 à 160, New York, New York University Press, 1999.

Moss, N., M.C. Stone et J.B. Smith. « Child health outcomes among Central American refugees and immigrants in Belize », *Social Science and Medicine*, vol. 34, n° 2 (1992), p.161 à 167.

Muhajarine, N., C. Neudorf et K. Martin. « Concurrent consultations with physicians and providers of alternative care: Results from a population-based study », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 91, n° 6 (2000), p.449 à 453.

Mulvihill, M.A., et L. Mailloux. *Canadian Research on Immigrant and Refugee Women's Health: Linking Research and Policy, First Draft*, Ottawa, Santé Canada, 2000.

Nair, C., H. Nargundkar, H. Johansen et J. Stachan. « Mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires au Canada : Première génération d'immigrants et personnes nées au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 2, n° 3 (1990), p.203 à 228.

Naish, J., J. Brown et B. Denton. « Intercultural consultations: Investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening », *British Medical Journal*, vol. 309 (1994), p.1126 à 1128.

Nakyonyi, M.M. « HIV/AIDS education participation by the African community », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 84, numéro supplémentaire1 (1993), p. S19 à 23.

Negy, C. et D.J. Woods. « The importance of acculturation in understanding research with Hispanic-Americans », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 14 (1992) p.224 à 247.

Newton, R.W. et L. P.Hunt. « Psychosocial stress in pregnancy and its relation to lower birth weight », *British Medical Journal*, vol. 288 (1984), p.1191 à 1194.

Noh, S. et W.R. Avison. « Asian immigrants and the stress process: A study of Koreans in Canada », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 37, n° 2 (1996), p.192 à 206.

Noh, S., M. Beiser, V. Kaspar, F. Hou et J. Rummens. « Perceived racial discrimination, depression, and coping: A study of Southeast Asian refugees in Canada », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 40 (1999), p.193 à 207.

Noh, S., I. Hyman et F. Fenta. « Pathways and Barriers to Health Care for Ethiopians in Toronto », Centre of Excellence for Research in Immigration and Settlement (CERIS). http://www. ceris.metropolis.net/virtual library/health/hyman1.html

Norbeck, J.S. et V. Peterson Tilden. « Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24 (1983), p.30 à 46.

Oakley, A., A. MacFarlane et I. Chalmers. « Social class, stress and reproduction » dans A.R. Rees et H. Purcell (dir.), *Disease and the Environment*, p.11 à 49, Toronto, Wiley, 1982.

Oishi, K., K. Okado et O. Yoshida. « A case-control study of prostatic cancer with reference to dietary habits », *Prostate*, vol. 12 (1988), p.179 à 190.

ONUSIDA/OMS. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Organisation mondiale de la Santé (OMS). UNAIDS/00.44E – WHO/CDS/CSR/ EDC/2000.9 (English original, December 2000) ISBN: 92-9173-008-4, 2000.

Otero-Sabogal, R., F. Sabogal, F., E.J. Perez-Stable et R.A. Hiatt. « Dietary practices, alcohol consumption, and smoking behavior: Ethnic, sex, and acculturation differences », *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, vol. 18 (1995), p.73 à 82.

Oxman-Martinez, J., S.N. Abdool et M. Loiselle-Leonard. « Immigration, women and health in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 91, n° 5 (2000), p.394 à 395.

Palinkas, L.A., et W. M. Pickwell « Acculturation as a risk factor for chronic disease among Cambodian refugees in the United States », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 12 (1995), p.1643 à 1659.

Parakulam, G., V. Krishnan et D. Odynak. « Health status of Canadian-born and foreign-born residents », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 83, n° 4 (1992), p.311 à 314.

Pedersen, P. *The Five Stages of Culture Shock: Critical Incidents Around the World*, Westport, Conn., Greenwood Press, 1995.

Pépin, Y. *Utilisation des services périnataux du CLSC*, Le partage des eaux, CRSSSAT, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1990.

Pérez-Stable, E.J. et A. Nápoles-Springer. « Interpreters and communication in the clinical encounter », *American Journal of Medicine*, vol. 108 (2000), p.509 à 510.

PHRED (Public Health Research and Evaluation Division). *Report on the Health Status of the Residents of Ontario*, Toronto, Ontario Ministry of Health, 2000.

Pomerleau, J. et T. Ostbye. « The relationship between place of birth and some health characteristics in Ontario », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 88, n° 5 (1997), p.337 à 345.

Portes, A., D. Kyle et W. Eaton. « Mental illness and help-seeking behavior among Mariel Cuban and Haitian refugees in South Florida », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 33 (1992), p.283 à 298.

Powell, K.E., M.P.Meador et L.S. Farer. « Foreign-born persons with tuberculosis in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 71 (1981), p.1223 à 1227.

Powles, J., D. Ktenas et C. Sutherland. « Food habits in Southern-European migrants: A case-study of migrants from the Greek island of Levkada » dans A.S. Stewart et M.L. Wahlqvist (dir.), *Food Habits in Australia*, p.201 à 223, North Balwyn, Victoria, Rene Gordon Pty Ltd., 1988.

Proust, A.J. « The Australian screening programme for tuberculosis in prospective migrants », *Medical Journal of Australia*, vol. 2 (1971), p.35 à 37.

Rebhun, L.A. « Substance use among immigrants to the United States » dans S. Loue (dir.), *Handbook of Immigrant Health*, p.493 à 519, New York, Plenum Press, 1998.

Reeb, K.G., A.V. Graham, S.J. Zyzanski et G.C. Kitson. « Predicting low birthweight and complicated labour in urban Black women: A biopsychosocial perspective », *Social Science and Medicine*, vol. 25 (1987), p.1321 à 1327.

Remis, R.S., S.L. King, L. Vernich et M. Vermeulen. *Preventing HIV Transmission from Mothers to Infants in Ontario 1994 to 1996: A Missed Opportunity*, 12e Conférence mondiale sur le SIDA – Résumé 23288, Genève, 1998.

Remis, R.S. et E.P.Whittingham. *The HIV/AIDS Epidemic among Persons from HIV-endemic Countries in Ontario, 1981–98: Situation Report*, Toronto, Department of Public Health Science, University of Toronto, 1999.

Renaud, J., L. Gingras, S. Vachon, C. Blaser, J.F. Godin et B. Gagné, B. *Ils sont maintenant d'ici!, Les dix premières années au Québec des immigrants admis en 1989.* Numéro 4 (2001). http://publicationsduquebec.gouv.qc.ca

Roberts, N. et D. Crockford. Psychiatric admissions of Asian Canadians to an adolescent inpatient unit. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 42 (1997), p.847 à 851.

Rogler, L.H., D.E. Cortes et R.G. Malgady. « Acculturation and mental health states among Hispanics: Convergence and new directions for research », *American Psychologist*, vol. 46 (1991), p.585 à 597.

Romero-Gwynn, E. « Breast-feeding pattern among Indochinese immigrants in Northern California », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 143 (1989), p.804 à 808.

Rumbaut, R.G. et J.R. Weeks. « Unraveling a public health enigma: Why do immigrants experience superior perinatal health outcomes? », *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 13B (1996), p.337 à 391.

Sabogal, F., G. Marin, R. Otero-Sabogal, B.V. Marin et E.J. Pérez-Stable. « Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? », *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, vol. 9 (1987), p.397 à 412.

Sadkowsky, G.R. et B.S. Plake. « A study of acculturation difference among national people and suggestions for sensitivity to within-group differences », *Journal of Counseling and Development*, vol. 71 (1992), p.53 à 59.

Sack, W.H., S. McSharry, G.N. Glarke, R. Kinney, J. Seeley et P.Lewinsohn. « The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees », *Journal of Nervous et Mental Disease*, vol. 182, n° 7 (1994), p.387 à 395.

Saldov, M. « The ethnic elderly: Communication barriers to health care », *Revue canadienne de travail social*, vol. 8, n° 2 (1991), p.269 à 277.

Santé Canada. Métropolis – Séminaire sur le domaine de la santé. Ottawa, le Ministère, 1998a.

___. *La tuberculose au Canada*, Ottawa, Ministre de la Santé, 1998b. Cat. H49 108/1998. http://www.hcsc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/tbcan98/pdf/tbincanada98_f.pdf

___. *Le point sur l'allaitement maternel au Canada*, Ottawa, Ministre de la Santé, 1999. Cat. H39–335/1998F.

___. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida : Le sida et l'infection par VIH au Canada*, Actualités du Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2000a
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/ahcan_f.html

___. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida: Le sida et l'appartenance ethnique au Canada*, Actualités du Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2000b.
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hiveth_f.html

___. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida: Estimations de la prévalence et de l'incidence nationales du VIH pour 1999: il n'y a pas d'évidence de baisse de l'incidence globale*, Actualités du Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2000.
http://www.hc-gc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/hivestm99_f.html

Saphir, A. « Asian Americans and cancer: Discarding the myth of the model minority », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 89, n° 21 (1997), p.1572 à 1574.

Scribner, R. et J.H. Dwyer. « Acculturation and low birthweight among Latinos in the Hispanic HANES », *American Journal of Public Health*, vol. 79, n° 9 (1989), p.1263 à 1267.

Sheth, T., C. Nair, M. Nargundkar, S. Anand et S. Yusuf. « Cardiovascular and cancer mortality among Canadians of European, South Asian and Chinese origin from 1979 to 1993: An analysis of 1.2 million deaths », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 161, n° 2 (1999), p.131 à 138.

Shimizu, H., T.M. Mack, R.K. Ross et B.E. Henderson. « Cancer of the gastrointestinal tract among Japanese and white immigrants in Los Angeles County », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 78 (1987), p.223 à 228.

Shimizu, H., R.K. Ross, L. Bernstein, R. Yatani, C.J. Henry et T.M. Mack. « Cancers of the prostate and breast among Japanese and white immigrants in Los Angeles County » *British Journal of Cancer*, vol. 63 (1991), p.963 à 966.

Shiono, P.H., M.A. Klebanoff, B.I. Graubard, et coll. « Birth weight among women of different ethnic groups », *Journal of the American Medical Association*, vol. 255 (1986), p.48 à 52.

Smart, J.F. et D.W. Smart. « Acculturative stress of Hispanics: Loss and challenge », *Journal of Counselling and Development*, vol. 73 (1995), p.390 à 396.

Snowden, L.R. « Ethnic minority populations and mental health outcomes » dans D.M.Steinwachs et L.M. Flynn (dir.), *New Directions for Mental Health Services, No. 71*, p.79 à 87, San Francisco, Jossey-Bass Inc., 1996.

Sodhi, S. Breaking down the barriers: Communication of breast cancer to the recently immigrated South Asian community, rapport non publié, 1995.

Sadkowsky, G.R. et E.W. Lai et B.S. Plake. « Moderating effects of sociocultural variables on acculturation attitudes of Hispanics an Asian Americans », *Journal of Counseling and Development*, vol. 70 (1991), p. 194 à 204.

Sodowsky, G.R. et B.S. Plake. « Psychometric properties of the American-International relations scale », *Educational and Psychological Measurement*, vol. 51 (1991), p.207 à 216.

Spitzer, D.L., K. Raine-Travers et D.E. Young. Immigration as a Determinant of a Stress-Related Disorder: Focus on Diabetes Project Proposal. Étude pilote financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 2000.

St. John, R., Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, Ottawa, communication personnelle.

Statistique Canada. Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC). J. McAuley, chef, Division des enquêtes spéciales, Ottawa, communication personnelle, 2001.

Stein, B.N. « The experience of being a refugee: Insights from the research literature » dans C.L. Williams et J. Westermeyer (dir.), *Refugee Mental Health in Resettlement Countries*, p.5 à 23, Washington, D.C., Hemisphere, 1986.

Stein, J.A. et S.A. Fox. 1990. Language preference as an indicator of mammography use among Hispanic women », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 82, n° 2 (1990), p.1715 à 1716.

Stengel, B., M. Saurel-Cubizolles et M. Kaminski. « Pregnant immigrant women: Occupational activity, antenatal care and outcome », *International Journal of Epidemiology*, vol. 15 (1986), p.533 à 539.

Stephen, E.H., K. Foote, G.E. Hendershot et C.A. Schoenborn. « Health of the foreign-born population », *Advance Data from Vital and Health Statistics*, vol. 241 (1994), p.1 à 10.

Stephenson, P.H. « Vietnamese refugees in Victoria, B.C.: An overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban centre », *Social Science and Medicine*, vol. 40, n° 12 (1995), p.1591 à 1596.

Strachan, J.H., C. Johansen et C. Nair. « Taux de mortalité par suicide au Canada : Première génération d'immigrants et personnes nées au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 2, n° 4 (1990), p.327 à 341.

Styblo, K. « Overview and epidemiologic assessment of the current global tuberculosis situation with an emphasis on control in developing countries », *Review of Infectious Diseases*, vol. 11, n° 2 (1989), p.S339 à S346.

Suarez, L. « Pap smear and mammogram screening in Mexican-American women: The effects of acculturation », *American Journal of Public Health*, vol. 84, n° 5 (1994), p.742 à 746.

Suchman, E.A. « Sociomedical variations among ethnic groups », *The American Journal of Sociology*, vol. 70 (1964), p.319 à 331.

Tastsoglou, E. et B. Miedema. *Immigrant Women Organizing for Change: Integration and Community Development by Immigrant Women in the Maritimes*, Edmonton, Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration (PCERII), 2000.

Tharao, E., L. Calzavara et T. Myers. What Service Providers Need to Know to Provide Effective HIV/AIDS Programs and Services for African Immigrants in Canada: Findings from the East African HIV/AIDS Study, Toronto, 2000.

Thonneau, P., J. Gratton, et G. Desrosiers. « Health profile of applicants for refugee status (Admitted into Quebec between August 1985 and April 1986) ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 81 (1990), p.182 à 186.

Tousignant, M. « Refugees and immigrants in Quebec » dans I. Al-Issa et M. Tousignant (dir.), *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*, p.57 à 70, New York, Plenum Press, 1997.

Tuttle, C.D. « Determinants of infant feeding choices among South-East Asian immigrants in North California », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 94 (2000), p.282 à 286.

Ubukata, T., A. Oshima et K. Morinaga. « Cancer patterns among Koreans in Japan, Koreans in Korea and Japanese in Japan in relation to life style factors », *Japanese Journal of Cancer Research*, vol. 78 (1987), p.437 à 446.

Umeh, D.C. (dir.). « *Confronting the AIDS Epidemic: Cross-Cultural Perspectives on HIV/AIDS Education* » Laurenceville, N.J., Africa World Press, Inc., 1997.

UNESCO/UNAIDS 2000. *Migrant Populations and HIV/AIDS. The Development and Implementation of Programmes: Theory, Methodology and Practice*, 2000.

United Way of Greater Toronto. *Action Access Diversity! A Guide to Multicultural/Anti-Racist Organizational Change for Social Service Agencies*, 1991.

Vernon, S.W., E.A. Laville et G.L. Jackson. « Participation in breast screening programs: A review », *Social Science and Medicine*, vol. 30 (1990) p.1107 à 1118.

Vissandjee, B., P.Carignan, S. Gravel et N. Leduc. « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrant au Québec », *Revue épidemiologique et santé publique*, vol. 43 (1998), p.124 à 133.

Vissandjee, B., M. Weinfeld, S. Dupéré et S. Abdool. « Gender, ethnicity and health: Research and policy challenges for immigrant women in Canada », *Journal of International Migration and Integration*, à paraître.

Walker, P.F. et J. Jaranson. « Refugee and immigrant health care », *Medical Clinics of North America*, vol. 83, n° 4 (1999), p.1103 à 1120.

Ward, C. « Acculturation » dans D. Landis et R.S. Bhagat (dir.), *Handbook of Intercultural Training*, p.124 à 147, Thousand Oaks, Californie, Sage, 1996.

Wells, K.B., J.M. Golding, R.L. Hough, M.A. Burnam et M. Kango. « Acculturation and the probability of use of health services by Mexican Americans », *Health Services Research*, vol. 24, n° 2 (1989), p.237 à 357.

Wen, S.W., V. Goel et J.E. Williams. « Utilization of health care services by immigrants and other ethnic/cultural groups in Ontario », *Ethnicity and Health*, vol. 1, n° 1 (1996), p.99 à 109.

Wen, S.W. et M.S Kramer. « A comparison of perinatal mortality between ethnic Chinese and ethnic Whites: Why the Chinese rate was lower », *Ethnicity and Health*, vol. 2, n° 3 (1997), p.177 à 182.

Westermeyer, J. *Mental Health for Refugees and Other Migrants: Social and Preventive Approaches*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1989.

Wilkins, K. « La tuberculose, 1994 », *Rapports sur la santé*, vol. 8, n° 1 (1996), p.35 à 41.

Williams, R., R. Bhopal et K. Hunt. « Coronary risk in a British Punjabi population: Comparative profile of non-biochemical factors », *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n° 1 (1994), p.29 à 37.

Wobeser, W.L., L. Yuan, M. Naus, P.Corey, J. Edelson, N. Heywood et D.L. Holness. « Expanding the epidemiologic profile: Risk factors for active tuberculosis in people immigrating to Ontario », *Journal de l'Association médicale du Canada*, vol. 163, n° 7 (2000), p.823 à 828.

Woodward, A.M., A.D. Dwinell et S.A. Bernard. « Barriers to mental health care for Hispanic Americans: A literature review and discussion », *The Journal of Mental Health Administration*, vol. 19, n° 3 (1992), p.224 à 236.

Yi, J.K. 1998. « Acculturation and Pap smear screening practices among college-aged Vietnamese women in the United States », *Cancer Nursing*, vol. 21, no 5 (1998), p.335 à 341.

Young, D., D. Spitzer et F. Pang. *Understanding the Health Care Needs of Canadian Immigrants*. Report to Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration (PCERII), 1999.

Yu, E.S. et W.T. Liu. « Methodological problems and policy implications in Vietnamese refugee research. *International Migration Review*, vol. 20, n° 2 (1991), p.483 à 501.

Yuan, L., J. Permaul-Woods, J. Barnsley et R. Cockerill. *Toronto Chinese Health Survey Final Report*, Toronto, Department of Family Medicine, Mount Sinai Hospital, 1998.

York Regional Multicultural Tri-Hospital Project Year 1 – Report. Z. Ramji Associates Inc., 1993.

Zambrana, R.E., S.C.M. Scrimshaw, N. Collins et C. Dunkel-Schetter. « Prenatal health behaviours and psychosocial risk factors in pregnancy in women of Mexican origin: The role of acculturation », *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 6 (1997), p.1022 à 1026.

Ziegler, R.G., R.N. Hoover, M.C. Pike, A. Hildensheim, A.M. Nomura, D.W. West, A.H. Wu-Williams, L.N. Kolonel, P.L. Horn-Ross, J.F. Rosenthal et coll. « Migration patterns and breast cancer risk in Asian-American women », *Journal of the National Cancer Institute*, vol. 17, n° 8522 (1993), p.1819 à 1827.